

4642
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° 442

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André-Pierre-Louis BELEY

né le 5 octobre 1907, à Lacoste (Vaucluse)

**De la prophylaxie
de l'acte anti-social
chez le mineur instable**

Président : M. H. CLAUDE, professeur.

LES ÉDITIONS VÉGA
43, Rue Madame, 43
PARIS

—
1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André-Pierre-Louis BELEY

né le 5 octobre 1907, à Lacoste (Vaucluse)

**De la prophylaxie
de l'acte anti-social
chez le mineur instable**

Président : M. H. CLAUDE, professeur.

LES ÉDITIONS VÉGA
43, Rue Madame, 43
PARIS

1933

LE DOYEN BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N . . .
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBIÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. . . Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD Henri . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET. . . . Pharmacologie.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL. . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 CHEVALIER . . . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique
 FEY Urologie.
 GASTINEL. . . . Bactériologie.
 GATELLIER. . . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . . . Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN. . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ Henri. . . Chimie biologique.
 LAROCHE Guy.. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. . Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER . . . Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

MM.

RETERER . . . Histologie
 ZIMMERN . . . Physique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT . . .	Clinique obstétricale.
MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé . . .	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA FEMME

*en témoignage de ma très grande
affection.*

A MON GRAND-PÈRE

A MES CHERS PARENTS

*dont les conseils, l'exemple et
la tendresse ont fait de moi
l'homme que je suis, je dédie
ce livre avec l'espoir de leur pro-
curer un peu de ces joies dont
ils ont embelli ma vie.*

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
HENRI CLAUDÉ

Professeur de Clinique des Maladies mentales
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de ma respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE MINISTRE
DE LA JUSTICE

A MONSIEUR LE MINISTRE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE

*En hommage respectueux et
avec le secret espoir de les voir
intimement collaborer à une
œuvre urgente et nécessaire, so-
ciale et humaine.*

A M. LE DOCTEUR HEUYER

Médecin des Hôpitaux de Paris,
Médecin des Asiles,
Expert près des Tribunaux,
Médecin du Patronage de l'Enfance et
de l'Adolescence

*qui m'a prodigué ses conseils
éclairés.*

*En hommage à sa science, à
son grand dévouement et à son
inlassable labeur,*

A MAITRE HENRI ROLLET

Juge honoraire du Tribunal pour enfants,
Créateur du Patronage de l'Enfance
et de l'Adolescence

*qui m'a généreusement aidé de
sa science juridique et de sa
longue expérience.*

*En témoignage de mon admi-
ration et de ma gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES
HÔPITAUX DE PARIS

A MES CONFÉRENCIERS
D'HÔPITAUX ET D'ASILES :

M. le Docteur POUMAILLOUX

Ancien Chef de Clinique médicale
de la Faculté de Paris,

M. le Docteur RÉMY-NÉRIS

Ancien Chef de Clinique d'oto-rhino-laryngologie
de la Faculté de Paris,

M. le Docteur LE GUILLANT

Ancien Chef de Clinique
des Maladies mentales
de la Faculté de Paris,
Médecin-Chef des Asiles

A MES MAÎTRES DANS LES ASILES
DE LA SEINE :

M. le Docteur TRENEL
Médecin-Chef honoraire à
l'Asile Clinique Sainte-Anne
(*in memoriam*)

M. le Docteur SENGES
Médecin-Chef à l'Asile de Moisselles,

M. le Docteur CAPGRAS
Médecin-Chef à l'Asile Sainte-Anne,

M. le Docteur MIGNOT
Médecin-Chef à l'Asile de Ville-Evrard,

M. le Docteur SIMON
Médecin-Chef à l'Asile Sainte-Anne

*qui m'ont accueilli avec la plus
grande bienveillance dans leurs
services.*

*En souvenir des années que
j'ai passé auprès d'eux, et en
hommage de respectueux et pro-
fond dévouement.*

L'ENFANT DÉLINQUANT

AVANT-PROPOS

« L'avenir d'un pays dépend du soin qu'il apporte à élever convenablement ses enfants. »

H. ROLLET.

Juge honoraire du tribunal pour enfants.

A vrai dire, la question n'est pas nouvelle; elle n'est pas ancienne non plus, et comme elle est capitale, il est nécessaire d'y revenir périodiquement, constatant et classant ce qui a déjà été accompli, faisant exactement le point, et montrant que le chemin à parcourir est long encore.

Du moins, avons-nous l'avantage, à l'heure actuelle, de connaître la direction à prendre et de pouvoir aller en ligne droite. D'autres auteurs, avant nous, et très qualifiés, ont insisté sur cette lutte à mener contre la délinquance de l'enfant, et nous pensons surtout, ici, à des membres du corps médical et, particulièrement, de sa branche psychiatrique, puisque le problème nous paraît n'avoir d'issue véritable que dans la large humanité de ceux qui cherchent à guérir; mais il est juste d'évoquer les noms de tous ceux qui, dans l'ordre judiciaire, moral, politique, et même littéraire, ont pensé plutôt à soigner qu'à châtier, et à prévenir qu'à punir. Nous reviendrons sur ces noms, puisqu'aussi bien, nous avons l'intention de mettre en lumière les dispositifs judiciaires actuels, dont l'humanité compréhensive n'a été acquise qu'après de longs efforts.

Qu'il nous soit permis, dès maintenant, de citer, dans le domaine médical, les noms des professeurs Regis et Dupré, et, plus près de nous, ceux du docteur Paul-Boncour, qui s'est attaché à l'étude du caractère de l'enfant mentalement anormal,

et a toujours voulu faire bénéficier les mineurs délinquants des conclusions de cette troublante étude, et du docteur Heuyer, dont la thèse de 1914, sur un sujet bien proche de celui que nous traitons aujourd'hui, a été suivie de nombreux travaux, intéressants et novateurs consacrés à l'enfant en délinquance latente.

N'oublions pas les efforts déployés et les résultats acquis par Léon Bourgeois, en faveur des mineurs délinquants, et rendons hommage au juge Henri Rollet qui, on peut le dire, a fait accepter, en France, la conception d'une législation juvénile plus simple et plus humaine, et a véritablement créé, dans le sens volontaire du terme, le « Tribunal pour enfants ».

On ne peut tenter un historique de l'adoucissement des lois envers le mineur délinquant, car c'est hier, en somme, que l'on s'est aperçu de l'anormalité psychique, à peu près générale, de l'enfant coupable; il sera donc bref de résumer cette évolution, et il est avantageux, pour cela, d'emprunter au docteur Heuyer sa division en deux périodes :

l'une, où l'on s'est consacré à la philanthropie pure;

la seconde, très récente, où le médecin acquiert des droits, si longtemps déniés.

C'est en 1850 que paraît la première loi d'assistance aux jeunes détenus; elle porte sur « leur éducation et leur patronage ». En 1889, la loi consent à protéger « les enfants moralement abandonnés ». En 1904, on veut éduquer les pupilles de l'Assistance publique, « difficiles ou vicieux ». En 1906, la minorité pénale est élevée à 18 ans;

En 1908, paraît la loi sur la prostitution des mineures;

En 1912 (22 juillet), enfin, c'est la loi sur les Tribunaux pour enfants et adolescents, complétée par la notion de liberté surveillée.

L'essentiel de cette loi de 1912, comprend des dispositions de trois sortes :

1° elle écarte de toute juridiction l'enfant qui n'a pas atteint 13 ans;

2° elle pose la question du discernement des enfants délinquants de 13 à 18 ans;

3° elle établit, pour eux, la « mise en liberté surveillée », en les confiant, en une sorte de sursis conditionnel, à la garde des parents, ou d'une institution charitable, ou d'un délégué désigné par le Tribunal.

La France avait été précédée, dans cette voie, par plusieurs Etats des Etats-Unis d'Amérique (le premier tribunal pour

enfants a été créé en 1899, dans l'Etat de Chicago) et par quatre pays européens; à l'heure actuelle, l'institution de la liberté surveillée est répandue dans l'Europe entière. Les résultats en semblent partout satisfaisants. Nous dirons ce qui nous semble devoir amener un succès plus grand encore.

En effet, cette heureuse loi, tout en ayant un caractère philanthropique éminemment désirable, garde un aspect strictement judiciaire; il n'est question encore qu'accidentellement, de faire appel au médecin et à ses conseils : le juge du Tribunal pour enfants, peut, s'il le désire, faire examiner l'enfant psychologiquement, et, dans sa thèse, le docteur Heuyer note qu'en deux mois, sur quatre cents enfants déférés au Tribunal des mineurs, deux seulement ont subi un examen psychologique.

Cette évidente lacune ne devait pas tarder à appeler des vœux nombreux (Collin, Regis, Et. Martin, etc...); elle n'est encore qu'à moitié comblée.

D'autre part, le Tribunal ayant décidé de surseoir à la condamnation et de confier l'enfant à une maison de rééducation, on se trouvait sans ressources, réduit à la seule maison de correction, ou à des patronages privés.

On se met alors à réclamer la création d'établissements de réforme, d'internats de perfectionnement (Roubinovitch). Ces réclamations, ces vœux allaient-ils être entendus et exaucés en haut lieu? Allait-on rentrer dans l'ère médicale et préventive de la délinquance juvénile?

A l'heure actuelle, où les plus éminents noms de la psychiatrie ont fait entendre leurs voix dans ce sens (le professeur Claude ne cesse de réclamer pour l'enfant à caractère troublé, et futur délinquant, des « maisons de sûreté »), à l'heure actuelle nous en sommes toujours au même point.

Au Tribunal même, comme dans les institutions charitables, dans les consultations publiques pour enfants anormaux, comme dans les familles, on ne sait que faire des petits êtres, tarés et souvent dangereux, dont le nombre augmente sans cesse, et nous prépare les délinquants de demain. Le Tribunal abuse de la liberté surveillée, qui n'est désirable que dans des cas assez limités.

Nous réclamons, une fois de plus, des pouvoirs publics, des lois nouvelles qui feront rentrer, d'une manière constante, l'avis du médecin dans le jugement du Tribunal, et qui amèneront la création d'établissements d'éducation et d'adaptation

pour enfants instables, où les directives médico-psychologiques seront prépondérantes et individuelles.

Dans le domaine de la prévention de la délinquance juvénile, il ne peut plus y avoir de philanthropie véritable sans thérapeutique compétente.



Nous avons déjà parlé, à plusieurs reprises, de « l'enfant instable », et il est temps de définir cette expression, de limiter notre objet et d'exposer brièvement, quitte à y revenir, nos idées personnelles à ce sujet.

Il semble bien que la notion d'instabilité de l'enfant ait grandement évoluée, et dans un sens qui s'éloigne fortement de la réalité ; si l'on consulte, en effet, les premiers auteurs et observateurs qui aient décrit l'instabilité, il paraît évident qu'ils ont rangé sous une sorte d'étiquette n'ayant même pas un aspect médical, une série de troubles, en relevant tous, mais se retrouvant dans de nombreux états différents ; c'était, à leurs yeux un symptôme commun à des perturbations caractérielles différentes..., un *syndrome* assez vaste, si l'on préfère. Et le docteur Gilbert Robin, dans un récent ouvrage, le dit excellemment, quoique n'ayant pas les mêmes intentions que nous, lorsqu'il précise : « il n'existe pas une instabilité, il existe des instabilités. .. à notre avis, on a tort de décrire un instable essentiel » et il ajoute : « l'instabilité est toujours symptomatique..., le traitement et les méthodes varient avec chaque forme considérée ».

A l'heure actuelle, en effet, on s'écarte de cette conception, qui paraît issue du bon sens. Dans le même numéro du *Journal Médical Français*, les docteurs Heuyer et Gouriou essayant de classer les différents types d'enfants délinquants, traçaient le contour d'une classe spéciale, très individualisée à leur avis, les *instables* ; le docteur Wallon, dans « l'enfant turbulent », considère comme très nettement à part, l'enfant instable ; Gilbert Robin, lui-même, considère l'instabilité de l'enfant psychiquement anormal, comme pouvant lui conférer un relief spécial, qui permet d'en faire une sorte de groupe nosologique ; Paul Boncour, et la majorité des psycho-pédiatres, semblent se rallier à cette conception.

Nous ne cherchons pas à nier qu'il existe un type d'enfant anormal qu'il est impossible de ranger, malgré l'enquête et l'observation les plus minutieuses, dans un des cadres patho-

logiques connus du caractère, dont on peut dire qu'il est un instable (V. plus loin), au sens propre du terme; mais il faut alors avouer que nous nous sommes contentés, pour classer cet enfant, de le baptiser du nom du symptôme prépondérant. Nous devons reconnaître que nous ne sommes pas arrivés à placer notre sujet dans un « secteur » constitutionnel, et que, ce faisant, nous n'avons rien expliqué, ni pour le passé, ni pour les manifestations à venir. D'ailleurs, ce cas est infiniment rare par rapport à ceux où un examen psychologique un peu poussé a permis d'émettre un diagnostic plus ou moins précis, et dont il a pu fournir une explication constitutionnaliste.

En effet, rien dans le domaine de l'enfant psychiquement anormal, n'a fourni de résultats pratiquement utilisables, comme la notion de la constitution, ... ceci dit, avec les grosses réserves que nous ferons dans le cours de notre exposé. Il serait trop long, pour le moment, d'énumérer les diverses constitutions qui ont été décrites, à propos de l'enfant et de l'adolescent; mais que l'on considère les constitutions schizoïde ou paranoïaque, émotive simple ou cyclothymique, perverse instinctive ou épileptique, il nous est facile de constater, et nous donnerons des observations à l'appui, que l'on retrouve, dans toutes ces dispositions caractérielles, à des degrés différents et diversement colorés, les mêmes manifestations suivantes : mythomanie, fugue, vagabondage, vol, prostitution, etc. Or, ces réactions qui nous heurtent à chaque instant, quand nous abordons l'étude de l'enfant psychiquement anormal, et qui sont, en somme, l'objet même de notre étude, ces réactions que nous voudrions empêcher, elles sont mises, et avec juste raison, sur le compte de l'instabilité, mentale ou physique, et elles en sont bien les inévitables reflets.

Que l'on se refuse donc, si l'on veut à parler de l'instabilité, simple intermédiaire sans signification nette entre la constitution et sa manifestation extérieure ! Ou bien, alors, que l'on traite d'instables, tous les enfants délinquants ! L'une et l'autre attitude sont aussi justifiées; nous avons choisi la seconde.

D'une part parce que l'instabilité est le symptôme commun à toutes les maladies du caractère chez l'enfant; d'autre part, parce qu'elle représente la base même des réactions anti-sociales de ce même enfant.

Et voici maintenant notre titre bien précisé !

Mais entendons-nous bien ! Ainsi considéré notre travail serait trop vaste : nous n'avons ici en vue, que l'instabilité par

troubles du caractère, et nous éliminerons complètement, d'un côté, quoique délinquants possibles, tous les enfants arriérés et débiles, ceux que l'on peut appeler les anormaux intellectuels. (Ceux-là, on sait les reconnaître, et depuis longtemps, on les absout, et on tâche de les corriger) ; à l'autre bout, la série, peu intéressante, puisque véritablement justiciable de l'Asile, des enfants présentant déjà des psychoses constituées.

Nous serons forcés de parler, mais nous n'insisterons pas à leur sujet, des instables par troubles organiques (instabilité cérébelleuse, choréique, etc...) ainsi que des épileptiques.

Ayant enfin fixé l'âge des enfants étudiés à l'écart 10-18 ans, il nous semble avoir achevé le moule extérieur de notre travail.

Pénétrant maintenant à l'intérieur de cette forme, que comptons-nous faire ?

INTRODUCTION

Abordant, en bloc, l'étude de l'enfant instable, nous tâcherons d'abord d'en tracer les limites pathogéniques approximatives; nous observerons rapidement les conditions de sa naissance, les facteurs personnels qui ont pu l'atteindre dans ses premières années, et surtout, nous le verrons vivre dans son milieu.

Nous donnerons à ce sujet des observations, et, à ce moment déjà, nous serons portés, non seulement à excuser la délinquance juvénile, mais à agir encore afin de la prévenir. Nous essaierons ensuite de faire une description générale d'un enfant instable type, et nous constaterons que cette appellation de genre, nécessaire pour notre titre, ne nous suffit pas pour tout expliquer, et qu'une sorte de dissociation en est indispensable.

Tel sera l'objet de notre premier chapitre.

Le chapitre suivant sera consacré à cette dissociation des états d'instabilité; la notion de constitution, dont on a abusé, mais que l'on combat parfois avec trop d'âpreté, nous sera d'une large utilité, pour former les cadres nécessaires à l'éclaircissement de la question.

Nous exposerons, à ce sujet, nos propres conceptions sur la façon de considérer la constitution chez l'enfant. Nous appuierons ce chapitre sur des observations fréquentes.

Ayant ainsi classé les enfants instables, il nous faudra aborder, en un troisième chapitre, les deux courants d'évolution possible :

- soit vers la psychose constituée ;*
- soit vers la réaction anti-sociale.*

Nous insisterons sur les tendances presque fatales que possède un enfant, tel que ceux dont nous nous occupons, lorsqu'il est abandonné à lui-même, ou à un milieu déficient.

Passant à la partie sociale de notre travail, nous établirons que rien d'officiel n'est prévu, ou presque rien, pour combattre ces tendances, avant leur réalisation.

Dans un long chapitre, nous aborderons et tâcherons de dis-

séquer le problème judiciaire de la sanction, une fois commise la manifestation délinquante.

Nous reviendrons sur ce qui a été fait en faveur de l'enfant délinquant, le début d'organisation gardant un caractère philanthropique pur.

Nous étudierons les résultats acquis, appréciant l'œuvre du Tribunal pour enfants, établissant des comparaisons entre les régimes des divers pays.

Mais surtout, dans un dernier chapitre, qui sera appuyé par notre conclusion, et auquel nous voulons donner la forme d'un appel aux pouvoirs publics, nous tâcherons de mettre en lumière les obstacles qui s'opposent à une amélioration plus grande encore et plus humaine; nous dirons ce qui nous paraît à la fois désirable et nécessaire, dans l'intérêt de l'enfant et dans celui de la société :

— intervention médico-psychologique systématique, et constituant un facteur plus grand dans les décisions du Tribunal;

— création rapide d'établissements de rééducation mentale :

et, à ce sujet, nous nous permettrons de donner nos conceptions propres, qui découlent d'ailleurs des conclusions de tous les psychiatres qui se sont occupés de ces questions; sur ce que devrait être cette intervention du médecin, et sur le fonctionnement et les techniques devant être employés par de tels établissements.

CHAPITRE PREMIER

Le futur délinquant : L'Enfant instable.

I. — *Définition. — Causes et conditions. — Présentations.*

Préfaçant le numéro du *Journal Médical Français*, consacré à l'enfance anormale, le Professeur Castaigne souscrit à la définition proposée par Régis et Paul Boncour, pour le mineur mentalement anormal : « l'enfant mentalement anormal est celui qui, sous l'influence de tares morbides héréditaires ou acquises, présente des défectuosités constitutionnelles d'ordre intellectuel, caractériel ou moral, associées, le plus souvent, à des défectuosités corporelles, et capables de diminuer le pouvoir d'adaptation au milieu dans lequel il doit vivre régulièrement ». S'emparant de cette excellente définition, il la dissocie ensuite, l'analyse utilement en ses différents termes :

a) il y a toujours une tare, et une cause de tare, sous la défectuosité en question ;

b) l'anomalie est psychique ; elle est « essentielle et permanente » ,

c) un examen médical systématique de l'anormal, est nécessaire afin de découvrir en lui une possible défectuosité corporelle ;

d) il est bien entendu qu'il s'agit d'une « infériorité mentale », capable d'être un facteur de désadaptation sociale.

C'est bien ainsi que nous considérons l'objet de notre étude, l'enfant mentalement anormal en voie de délinquance, ou ayant déjà réagi dans ce sens ; et c'est bien à l'être recouvert par cette définition que nous aurons à faire, avec cette restriction, une fois encore, que nous n'en abordons ici qu'un des termes : l'enfant anormal par troubles caractériels, ou, plus précisément, l'enfant rendu instable par des troubles du caractère.

Et c'est bien là que commencent les difficultés ; car une définition ne suffit pas : nous avons promis une description. Et aussi des moyens de diagnostic.

Or, si nous possédons bien, dans le domaine intellectuel, des épreuves variées, des « tests » qui nous permettent, par un examen attentif et minutieux, de nous rendre un compte exact d'une défectuosité de cet ordre, et non seulement de la qualifier, mais encore de la doser ; nous ne disposons, par contre, d'aucun procédé, d'allure scientifique, pour « titrer » exactement un caractère ;... si tous les pays du monde ont eu des psychologues qui ont cherché à mesurer une intelligence, et à apprécier son retard ou ses voies détournées, et y ont bien souvent réussi (Binet-Simon, Rossolino, méthodes américaines), il faut reconnaître que peu de psychiatres ont consenti à s'enfoncer dans les ruelles tortueuses du caractère ; un très petit nombre de pédiatres se sont intéressés, du moins officiellement, à dénouer le problème d'un caractère d'enfant anormal. Nous croirions plutôt que beaucoup en ont fait l'essai, mais qu'ils se sont perdus, ne l'ont pas avoué, et sont revenus rapidement à leur point de départ, ce point où nous nous trouvons encore, et d'où l'on doit se contenter d'étiqueter et d'enregistrer.

Un caractère d'enfant !... Objet trop touffu, trop rebelle à l'analyse, déconcertant par ses multiples possibilités, par ses perpétuelles variations ! Nous ne prétendons pas apporter de « tests » caractériels, sachant qu'ils seraient immédiatement démentis par l'expérience, nous prétendons seulement qu'un psychiatre, rompu à l'examen des enfants mentalement anormaux, sait bien reconnaître ce qui doit être imputable, dans ses réactions extérieures, à des troubles du caractère, et ce qui, par là même, doit adoucir la réponse sociale.

D'abord, personne de nous n'a été sans remarquer, et c'est sans doute une banalité que de répéter de telles choses, combien est grande, dans tous ces cas de délinquance de l'enfant, la fréquence des tares héréditaires : hérédité de toutes natures, de toutes provenances, vésanique ou organique, directe ou collatérale, plus ou moins rapidement active, dont la plus fréquente, du moins dans le domaine des troubles du caractère, paraît être l'*alcoolisme* (H. Rollet), l'hérédosyphilis et la tuberculose paraissant être des facteurs de désagrégation mentale moins rémissibles.

En dehors de cette hérédité de nature pathologique, il en est une autre à ne pas méconnaître, et dont l'enfant n'est pas davantage responsable : elle est sociale et c'est la *désunion des familles*. (Miss Chloe Owings, dans son ouvrage, que l'on consultera avec profit, sur le « Tribunal pour enfants », donne une

proportion de 62 o/o de familles désunies, dans une statistique portant sur 255 cas de mineurs délinquants). D'autre part, la « déchéance familiale » (abandon, exploitation) serait responsable de 48 o/o de cas (Roubinovitch). A l'appui de ces facteurs, dans la fréquence desquels il faut chercher la cause de l'augmentation des mineurs délinquants, nous donnerons, à la suite, quelques observations.

Tels sont les premiers renseignements quasi-constants concernant les conditions de naissance et de vie des enfants que nous avons à juger.

Il faut y ajouter ceux que l'on peut obtenir sur les antécédents possibles : toxiques et infectieux, de l'enfant lui-même ; ils sont plus rares, c'est vrai, mais irions-nous oublier le rôle primordial que l'on pourrait et devrait accorder à une fièvre typhoïde des premières années, à un incident délirant de maladies infectieuses, ou à une notion certaine de poussée encéphalitique ? élément secondaire, mais non négligeable !

Enfin, et les enquêtes sociales nous en avertissent maintenant à peu près systématiquement, et nous verrons, en étudiant les différentes catégories d'enfants justiciables du tribunal, combien cela est important, le *mauvais milieu* et la *mauvaise éducation* sont porteurs de la plus haute responsabilité, la plus lourde pour nous aussi, puisque, changés de milieu, placés dans de bonnes conditions morales, les enfants ont chance d'échapper à la délinquance. Le docteur Heuyer considère que 13 à 30 o/o des enfants délinquants par troubles du caractère sont des enfants normaux qu'une éducation passivement ou activement mauvaise a amenés au délit ; il en fait la classe des « pervers ».

Ainsi trois éléments essentiels sont à la base du délit :

— *Tares héréditaires.*

— *Facteurs pathologiques aigus.*

— *Éducation passivement ou activement mauvaise.*

Complétés par des renseignements émanant de l'instituteur possible, d'employeurs et de personnes ayant côtoyé l'enfant, sur son comportement jusqu'à l'heure de l'examen, leur notion doit amener le psychiatre à suspecter, à observer et à rechercher des troubles du caractère, et à faire de l'enfant coupable un irresponsable qu'il est nécessaire de soigner.

Ces troubles du caractère, quels sont-ils ? En général, l'instituteur les a déjà observés, quoique souvent imparfaitement, en plus ou en moins ; les employeurs aussi s'en sont aperçus,

car bien souvent, ils ont rendu l'enfant indésirable, et ils l'ont fait remercier.

Pourquoi faut-il qu'à un point culminant, on omette de faire appel systématiquement au psychiatre, qui est mieux qualifié encore pour, bien souvent, les déceler par un simple interrogatoire, précédé du faisceau des preuves du passé? C'est lui, avant tout, qui peut reconnaître, par les réactions physiques qu'il présente, le « délinquant timide »; c'est bien souvent, en effet, que l'on se trouve devant un voleur ou un « vagabond » que l'émotion empêche de comprendre les questions et d'y répondre; il s'agit de cet enfant qui présente des alternatives brusques de rougeur et de pâleur, de congestion ou de « syncope » locales, que l'on fait bafouiller et souvent avouer plus qu'il n'a commis, en simulant auprès de lui une certaine sévérité, et en l'accusant avec force; c'est lui que l'on fait pleurer avec facilité, qui présente d'extraordinaires réactions sudorales et sécrétoires, qui tremble et montre au cours de l'examen, une anxiété manifeste.

Chez ce « délinquant timide », si fréquent, il faut incriminer l'émotivité qui, si elle est le facteur essentiel des manifestations décrites, l'est aussi, bien souvent, des délits commis ou à commettre. C'est l'émotivité que nous devons accuser, car elle se montre encore dans des signes physiques qu'il ne faut pas négliger, et qui sont principalement dus à des troubles spasmodiques de la musculature lisse,... une hypéresthésie généralisée,... l'exagération quasi-constante des réflexes tendineux, cutanés et pupillaires, les épreuves pharmacodynamiques montrant un déséquilibre vago-végétatif. Nous n'avons donc nulle peine à reconnaître un enfant émotif et à faire du « délinquant timide » non seulement un être à « décharger du poids de ses crimes », mais surtout à observer et à traiter.

Ce cas est donné comme exemple, mais il en est de même pour l'immense majorité des autres, quoique, souvent, un seul examen ne suffise pas. Un interrogatoire, bien conduit, décèle facilement les singularités personnelles de l'éthique de nos sujets; ils ont, bien souvent, et en toute bonne foi, une conception très spéciale de la moralité; quoi d'extraordinaire à cela, lorsque nous avons vu l'importance du facteur « milieu social », dans le délit de l'enfant; sans être un débile, l'enfant dont le caractère est troublé, a rarement conscience de la gravité de son acte;... il nous souvient d'un sujet foncièrement pervers, et que les tests classiques ne montraient en aucune

façon déficient, qui s'imaginait encourir une punition, parce qu'il n'avait pas réussi son acte délictueux, aussi brillamment qu'il l'envisageait!

Si l'on suit ces enfants pendant un certain temps, on s'aperçoit que, malgré leur désir bien clairement et franchement exprimé, beaucoup d'entre eux *ne peuvent* arriver à s'adapter à ce qu'on leur demande, à une discipline quelconque; ils en ont cependant la *bonne volonté*, ils n'en ont pas simplement la *volonté*, trop irrégulière, trop instable, pour pouvoir leur rendre des services. Demandez à cet enfant que l'on nous décrit comme résistant, obstiné, maussade, indifférent aux ordres, demandez-lui de se soumettre devant vous à une discipline nouvelle que vous imaginerez, il se montre, en général, docile et serviable; demandez-le lui d'autres fois, dans la suite,... bientôt, il ne « pourra » plus, quoique ne s'y opposant pas réellement et prêt à obéir.

Voilà encore un trouble fondamental du caractère, facilement isolable, nettement constitutionnel, et à la rééducation duquel il est possible de s'attaquer!

Quant aux perversions instinctives du « délinquant cynique », ces perversions, sur le « traitement » desquelles il est loisible de discuter, et pour qui, surtout, est réclamée la création des asiles de sûreté, il est facile encore de les reconnaître, par cette tendance inconsciente et exprimée à la nocivité par le « plaisir visible » que l'enfant y attache, par cette attitude fréquente d'hostilité et de défi. Le pervers instinctif, « cet ange déchu et satanique » lui aussi, est incapable de persévérer dans l'effort qu'il s'est fixé,... mais c'est pour se venger de cette incapacité qu'il est nocif,... qu'il est délinquant!

Voilà de grands facteurs pathologiques du délit, visibles de l'extérieur, et qui, déjà, permettent de faire rentrer l'enfant dans le cadre de l'*instabilité délictueuse*, à traiter. Jointes aux tares héréditaires, personnelles et sociales, ils sont suffisants au psychiatre, quoique n'atteignant pas la valeur parascientifique des tests intellectuels; d'autres anomalies, évidemment, ne peuvent être décelées que par des examens plus minutieux, et en s'installant, pour ainsi dire, dans le « moi » du sujet; elles seront étudiées en pratiquant l'inévitable dissociation de la notion d'instabilité.

Déjà, nous savons reconnaître le sujet qui nous occupe, et le rattacher, par quelque point, à un tableau synthétique de l'enfant instable.

2° *Essai de tableau synthétique.*

Pour ce tableau, sorte de « tronc » auquel nous devons rattacher toutes les « branches » de l'instabilité, nécessaire pour avoir une vue objective et claire de la notion, . . et peut-être pour justifier notre titre, . . nous ne pouvons mieux faire que de nous reporter au « profil mental » qu'a tracé, de l'instable, le docteur Heuyer, et nous répétons textuellement, à ce sujet, ce que nous en avons dit dans une communication faite à la Société médico-psychologique, le 27 mars 1933 :

« ...Ce sujet, chez qui, apparaissent de très bonne heure, des troubles du développement psycho-moteur, sous forme de retards inexpliqués, et surtout de « discordances anormales » ;... ce même être qui, encore bébé, se montre rapidement turbulent, et d'une turbulence progressive ;... le même encore qui, commençant ses classes avec les autres, a bientôt acquis un retard scolaire important, le retard pédagogique lui étant parallèle. Il se montre indiscipliné, fait des fugues, qu'il ne peut souvent expliquer. N'ayant pu, le plus souvent, acquérir son certificat d'études, il tâte de l'apprentissage sans aucun succès ; car, pour une raison ou pour une autre, il change continuellement de place et même de métier. Il finit par aboutir, comme le dit le docteur Heuyer à des emplois sans sécurité, ou à d'autres qui permettent de beaucoup circuler. C'est lui, enfin, qui s'engage dans la marine parce que l'errance y est le mieux réalisée, et peut-être parce qu'il y a des risques ; la désertion et le Conseil de guerre sont alors proches, ainsi que le début d'une vie de délinquance perpétuelle, . . jusqu'à ce que, après trop longue temporisation, intervienne la prison ».

C'est à ce tableau et aux éléments qui nous ont permis de le tracer que l'on peut rattacher les observations de diverses origines, qui suivent ; elles feront éclater aussi l'importance des facteurs hérédo-sociaux signalés.

Observation 1. — N... R. (16 ans), sur demande de conseil, S. S.

Père *incompréhensif* ; mère *kleptomane* : a fait de la prison. Une belle-mère avec un enfant.

Antécédents personnels nuls.

Caractère : instable, paresseux et indolent. Manque complet d'attention à l'école. *Menteur et prétentieux*.

Renfermé, triste.

Fugues Le père désire le placer dans un internat

Examen médico-psychologique. — Niveau normal. Humeur et caractère changeants. Orgueilleux, jaloux.

Facteur important : intransigeance et dureté de la belle-mère.

« Bonnes circonstances » nécessaires.

Placé dans un excellent internat privé, le sujet, après une nouvelle fugue, s'est amélioré progressivement, de façon à être repris par son père.

Observation 2. — R. Ch. . . (18 ans). S.S. Milieu familial épouvantable : alcoolisme, misère, manque total d'hygiène. Une sœur est déjà placée.

Caractère : Extrême instabilité, change de place constamment et sans raison. menteur et simulateur. Renfermé, sombre et triste.

Examen médico-psychologique : niveau de 9 ans $1/2$. Incapacité totale de fixer son attention :

Impossibilité de rester tranquille. Perversité. Saleté.

Nombreux placements sans résultats. *Renvois successifs.* A la fin, *internement* qui dure encore.

Observation 3. — L. . . R. . . (15 ans). S.S. Inculpé de vol : filouterie de taxi.

Grand-père et père alcooliques.

A déjà commis un vol à Laon. Impossibilité de le laisser dans son milieu.

A la suite de nombreux placements qui n'ont eu aucun résultat, tous les examens concluent à un déséquilibre amenant de l'instabilité et à la nécessité de placement dans un établissement de *rééducation avec surveillance* médicale.

Observation 4. — M. . . R. . . (16 ans). S.S. Demande de correction paternelle : insolences et inaptitude au travail.

Mère veuve, en ménage dont elle a un autre enfant.

Le sujet a déjà *promis* de se corriger devant le Tribunal. Une visite à domicile permet de constater la dureté et l'injustice de la mère vis-à-vis de l'enfant qui est frêle, délicat, sans aucune santé. Les renseignements sont mauvais sur les parents.

Renseignements sur l'enfant : a été à l'école jusqu'à 9 ans. Un séjour à la colonie de Vaucluse en 1925. Plusieurs placements à la campagne suivis de renvois successifs. Plusieurs essais d'apprentissage sans succès.

Cependant, tout jeune, l'enfant avait un « caractère facile, une intelligence éveillée, il était affectueux ».

Il est devenu peu à peu menteur, insolent et paresseux.

Examen médico-psychologique : Légère débilité mentale. Peu ouvert, peu franc, sans spontanéité.

Instable, non persévérant. Perversions sexuelles. Réflexes vifs.

On ne peut que conclure à la séparation du milieu familial, et à la nécessité du placement dans une institution médicale pour enfants anormaux. On ne peut, en fin de compte, que renvoyer l'enfant à Perray-Vaucluse, ce qui n'est peut-être pas sa place.

Observation 5. — F. . . G. . . (14 ans). Inculpée de vol de récoltes. S.S.

Père : déchu en 1932, alcoolique, sans travail. Mère : a quitté le foyer en 1919. Trois enfants vivants sur huit. Une fille aînée ferait de la prostitution. Le sujet a déjà été arrêté en flagrant délit de racolage.

L'enquête révèle la *misère* et le *manque d'hygiène* et donne de mauvais renseignements sur le père (relations incestueuses?). Mauvais exemple de la sœur aînée.

L'enfant a déjà été confiée à l'Assistance publique par jugement antérieur. Ni scolarité sérieuse, ni apprentissage. Pas de travail régulier.

Caractère : violente, désobéissante, menteuse, grossière, perversie. Racolage habituel, essai de débauche sur un mineur.

Examen médico-psychologique : Développement normal; Intelligence suffisante. Instruction élémentaire. Coléreuse et bruyante. Menteuse.

Bon état général. Réflexes vifs.

Nécessité d'un *établissement de rééducation à direction médicale*.

Observation 6. — S... A... (13 ans 1/2). Premier développement normal. Vivait jusqu'à 4 ans 1/2 avec sa grand'mère maternelle. Affectueux, sans troubles du caractère.

Repris par ses parents, il se montre difficile avec une belle-mère trop dure.

Dans un milieu inaffectif, où on le « laisse de côté », il change de caractère, devient sournois, dissimulé, *mythomane*. Fabulation, vols répétés, fugues. Instabilité intense. Hostile et orgueilleux.

Encore un enfant en voie de délinquance qu'on ne peut ni laisser dans le milieu familial, ni internier, et pour lequel un établissement spécial de rééducation serait utile !

Et voici quelques observations d'« enfants turbulents », prises au hasard, avec son autorisation, dans le livre du docteur Wallon :

Observation 7. — S... Anna (11 ans), père : alcoolique, probablement P. G., mère : spécificité reconnue.

Accidents de grossesse et de naissance. A toujours été triste, solitaire, à l'écart, violente parfois, se frappant elle-même.

Observée, elle se montre d'abord inhibée, lente, inerte, presque somnolente, s'abandonnant avec plaisir à ses dispositions. Toutes les stimulations et objurgations ne font rien pour tirer l'enfant de cette torpeur.

Bientôt, elle change d'attitude, devient bavarde et agitée, désordonnée et violente, indisciplinée et grossière.

Revient sur elle-même; se calme quelque temps, puis recommence.

Observation 8 — D... A... (11 ans), père suicidé à 25 ans, mère hyperémotive.

D'intelligence normale, ne fixe pas son attention. A fait des *fugues* à l'école

A toujours été affectueux pour les siens, violent et brutal pour les autres.

Se montre, en règle générale, insupportable, mais le moindre changement de milieu, le début d'un travail nouveau améliorent sa conduite; il est appliqué et serviable, docile et calme. Le mieux est de courte durée. Il n'est jamais satisfait, désire ce dont il se plaignait quelques jours auparavant. Il *promet* mais *ne peut tenir*, il recommence bientôt à rejeter toute discipline, à se négliger et se salir, il se rebelle constamment, se plaît à brimer les uns et les autres, à taquiner et à brutaliser. Il cherche trois fois à s'évader. Il est *mythomane*, il fabule avec prolixité. Il est très intelligent.

Observation 9. — S... Eugène (12 ans 1/2) Père : éthylique, tuberculeux, grand-père alcoolique, mère délicate.

Misère : Deux frères morts (allrepsie et méningite). Accouchement difficile, incontinence d'urine jusqu'à 11 ans

Toujours turbulent. A commis quelques vols. A autrefois noyé un chat qu'il aimait.

Toujours en mouvement, irritable, querelleur, indiscipliné, violent. souvent puni (obscénités sur des camarades) : *Instable* : heureusement influencé par des occupations nouvelles, devient moins désordonné et plus serviable. Progrès très lents à l'école et à l'atelier

Ces quelques observations d'enfants, délinquants ou non, mais toujours d'enfants que leurs troubles du caractère paraissent susceptibles d'amener à la réaction anti-sociale, et recueillies d'origines très diverses, sont jointes ici :

1^o Pour confirmer, s'il en est besoin, le rôle du facteur hérédo-social, non seulement dans le délit, mais encore dans la genèse causale du délit : le trouble caractériel ;

2^o Pour tâcher de faire voir sommairement que tous ces sujets se rattachent, par quelque point à un symptôme commun qui est l'instabilité.

CHAPITRE II

Dissociation de l'instabilité.

L'instabilité de l'enfant, nous l'avons dit, ne nous semble pas devoir être considérée comme une maladie autonome, et ce terme ne peut, à notre sens désigner une espèce définie d'enfants caractériellement troublés.

Nous avons essayé de montrer, dans notre précédent chapitre, que nous nous trouvions en présence d'un symptôme, d'allure générique, pouvant convenir à des sujets cependant radicalement différents; nous pensons même qu'il s'agit d'un symptôme, ou plutôt d'un syndrome, puisque ses tenants et ses aboutissants sont extrêmement nombreux, constant chez tous les enfants présentant des troubles du caractère. Son domaine est immense, puisque c'est presque toujours celui de la délinquance; en particulier; ses origines sont très vastes, puisqu'il est rencontré dans toutes les maladies du caractère. Voulant définir exactement sa « valeur », nous en avons fait un lien, un intermédiaire, entre la *constitution* propre à chaque enfant et les réactions qu'elle peut entraîner, « établissant entre l'une et les autres une relation de cause à effet ».

Pour que notre exposé garde de la clarté et qu'il n'aille pas se perdre dans une conception un peu théorique et sans issue; par ailleurs, afin de mieux saisir dans le détail, le comportement et l'évolution délinquante de chaque sujet en particulier; pour pouvoir mieux poser, enfin, les indications thérapeutiques qui ne se conçoivent qu'individuelles, pour toutes ces raisons, il devient nécessaire de pratiquer une dissociation de l'instabilité.

Mais, sachant combien son domaine est vaste et que sous ce nom, peuvent se cacher des cas qui sortent de notre sujet, quoique se rattachant par certains aspects aux troubles du caractère, il faut de suite éliminer :

1° Tous les enfants se présentant en état manifeste de démence acquise... démence précoce ou précocissime :

Et tous ceux, par ailleurs, qui, mis en observation pendant un certain temps, manifesteraient de nettes tendances, malgré tout effort d'adaptation, à brûler les étapes des voies qui conduisent à la démence précoce ;

2° Tous les sujets qui rentrent dans le cadre de l'arriération simple ou de la débilité mentale à tous ses degrés.

Nous ne disons pas, bien au contraire, qu'il n'y a rien à tenter pour ces derniers ; nous disons seulement que nous voulons nous limiter, et que, d'autre part, ils sont déjà l'objet de toute l'attention prévenue du corps judiciaire, aussi bien que du corps médical.

1. — *Elimination des déments et futurs déments et des débiles.*

Aucune difficulté pour l'élimination des premiers ; un peu plus, très probablement, pour ceux qui suivent.

En effet, s'il est relativement aisé de soupçonner l'apparition progressive de la démence précoce chez un enfant ou un adolescent qui présentent de nettes tares physiques et mentales, la prévision rapide le devient beaucoup moins lorsqu'il s'agira d'une évolution dementielle brusque, soit après un accident dramatique toxi-infectieux, soit comme couronnement d'un tableau de perversion morale simple, . . . et cela justement à cause de ce début brusque que rien ne faisait, en somme, prévoir, que rien n'annonce, si ce n'est, dans la dernière hypothèse, les seuls troubles du caractère.

Chez les candidats à la démence précoce de la première catégorie, il est rare de ne pas trouver, dans l'hérédité proche, un déséquilibre mental ou physique, un accident d'allure infectieuse grave ; ou bien la syphilis, facteur prédominant, et qui doit « accrocher ». Le sujet a, en outre, parallèlement à ses troubles du caractère, un profil idéo moteur, plus ou moins débile ; du reste, c'est un retardé total. On voit survenir chez cet enfant, qui sera le plus souvent un hébéphrénique simple, une indifférence, qui sera bientôt complète, avec inaffectivité progressive, et certaines réactions discordantes qui suffiront au diagnostic.

On trouvera partout d'instructives observations de ce « type constitutionnel dégénératif ».

De la seconde catégorie, celle des enfants rentrent dans la démence précoce à la suite d'un épisode confusionnel aigu. nous donnons l'exemple que l'on trouvera dans un article du

docteur Heuyer « Voies d'entrées dans la démence précoce » ; cette observation concerne un garçon de 14 ans 1/2, ne présentant rien de bien extraordinaire comme hérédité, qui est né à terme, suivant un accouchement normal, qui a marché à 20 mois et n'a présenté aucun retard du développement psychomoteur ; il acquiert cependant un certain retard scolaire car il s'applique peu. Sans raisons apparentes, il est pris brusquement d'une sorte d'agitation anxieuse, avec des idées hypochondriques et les craintes de la mort : il croyait voir des voleurs s'introduire dans sa chambre et faisait mine de se frapper d'un couteau. En même temps, la fièvre était montée à 40° ; il délirait, présentait des signes méningés aigus très nets.

Ce tableau dura deux ou trois jours et laissa après lui un délire persistant exprimé en propos incohérents. Apparition de bizarreries, d'indifférence progressivement croissante ; il devient inaffectif et a même parfois des attitudes menaçantes envers ses parents. Il se montre grossier, brutal, violent.

Examiné, il se présente avec toutes les discordances d'une démence précoce en pleine évolution.

Enfin, pour le troisième groupe de ces sujets qu'il faut observer au point de vue démence précoce, et chez lesquels cette évolution ne fait que succéder à un tableau banal de perversions, nous donnerons une observation que nous avons nous-mêmes pu recueillir, à Ville-Evrard, dans le service du docteur Mignot.

Observation 10 — P... Jeune fille de 20 ans, dont a eu à s'occuper le Tribunal, et dont voici les deux certificats d'entrée, suivis du certificat de quinzaine.

Service de prophylaxie mentale — (16-12-31).

« Est une déséquilibrée qui paraît incapable de se diriger correctement. Reconnaît qu'elle ne travaille plus depuis plusieurs mois, qu'elle fait des fugues, au cours desquelles elle a des rencontres avec des hommes. Ne paraît pas se rendre compte de son amoralité. Placée par son père dans une maison d'assistance à Antony, s'en est évadée et est restée plusieurs jours sans rentrer chez elle ».

Ville-Evrard. — (19-12-31). « Déséquilibre mental, mécontentement familiale, désordre de la conduite ; à observer ».

Et voici le certificat rédigé quinze jours après : « Paraît être à la période prémonitoire de la démence précoce ; depuis quelques jours, désordre des actes. Attitudes paradoxales ; négativisme, inhibition, mutisme. Refus des soins élémentaires de propreté. A maintenir ».

La prévision était juste ! Quelques jours plus tard, on pouvait affirmer qu'il s'agissait d'une démence précoce. Trois semaines avaient suffi pour nous faire assister à une évolution extrêmement brutale, alors qu'il n'avait été question jusque-là que de perversions et de déséquilibre.

D'ailleurs, nous avons suivi, jour après jour, cette évolution, que voici, telle que nous l'avons notée :

Le 19 décembre 1931 (entrée). — Présentation normale. Interrogée, ne sait ce qu'elle doit dire, demande qu'on lui pose des questions. Expose bien sa vie jusqu'à l'heure actuelle, dit son âge, les études qu'elle a faites, — qu'elle a travaillé jusqu'en juillet dernier. Ne peut s'entendre avec sa belle-mère, que son père a épousée après 18 jours de veuvage... « il y avait continuellement des discussions à mon sujet ».

Avoue avoir pris le revolver de son père, mais reste réticente quant aux buts poursuivis. Reconnait sans aucune honte, « qu'elle s'est débrouillée et qu'elle a fait vraiment la noce ». Raconte son évasion récente.

Par moments, sourires légèrement discordants.

Le 21 décembre 1932 :

Protestations énergiques contre l'internement, dont elle paraît ne pas comprendre les causes et l'origine. Réticences. — Allure de protestatrice et de révoltée.

Le 3 janvier 1932 : On la trouve chaque jour en pleurs et protestant, n'ayant qu'une idée : sa sortie. Reste debout, un genou sur le bord de son lit, et semble ne pouvoir prendre une détermination — veut sortir. Hochements de tête continuels. Négativisme — opposition. Le 9 janvier 1932 : Ne pleure plus, mais reste immobile, les yeux fixes, toujours résistante et opposante : « C'est bien simple, vous n'avez qu'à me donner mes vêtements ». Réticence continue. Dissociation — penche la tête en souriant quand on lui parle de revolver.

Obnubilation complète. Opposition à tout examen. Le 15 janvier 1932 ; Chargement de quartier nécessaire. Présente une vive excitation ; se lève sans cause de son lit, se laisse tomber, se frappe la tête sur les lavabos. Contention nécessaire. Alimentation difficile.

Elle se calme bientôt, et c'est, pendant un mois, une phase de *profonde stupeur*, avec indifférence complète; elle semble ne rien entendre.

Prostration — catatonie incomplète. Sitiophobie absolue, gâtisme, pyalisme, saleté. Négativisme total. Le 14 février 1932, calme maintenant, elle présente le tableau complet d'une démente précoce qu'il faut alimenter à la sonde.

Etat qui dure encore trois mois après.

D'après les renseignements fournis par le père, il ne s'est jamais rien produit d'analogue, auparavant, et l'hérédité est fort légère.

Ainsi nous avons assisté à une évolution foudroyante que rien ne laissait prévoir.

Si nous avons insisté de la sorte sur une élimination qui devait être rapide, c'est que ces cas ne sont pas si rares, et qu'il s'agirait, dans l'hypothèse d'un établissement de réadaptation, dont la création est notre but, d'enfants à éliminer secondairement, par conséquent à observer avec soin, afin de relever la moindre indication d'évolution dementielle.

Le reste de notre élimination est composé des sujets que l'on doit écarter d'emblée et sans difficulté ; c'est pourquoi nous avons été brefs au sujet des déments avérés, et nous le serons encore, pour les arriérés et les débiles.

Pour ces derniers, la question est simple, mais leur élimination ne doit pas être prise à la légère, car la manœuvre serait maladroite, qui consisterait à mêler un débile mental ou un arriéré scolaire à la communauté des perturbés du caractère ; et il faut, ici, avoir recours à la maison de perfectionnement avec, du reste, des chances de succès très appréciables. D'ailleurs, il est impossible à un psychiatre averti de « passer à côté », qu'il s'agisse d'arriération intellectuelle primaire ou de retard scolaire secondaire.

L'examen devra être classique et méthodique, appuyé sur la notion des antécédents héréditaires et personnels, sur une enquête sociale consciencieuse, auprès des parents, des employeurs ou des maîtres. On s'enquerra d'abord des retards moteurs qui sont (Wallon) la clef de voûte de toutes les séquelles mentales ; et on complètera cette enquête par l'examen physique détaillé, relevant les stigmates, malformations et signes de dégénérescence (bouche, dents, lèvres, oreilles, asymétrie faciale, arrêts de migration testiculaire, etc.), interrogeant le faciès, cherchant la possibilité de végétations adonôidiennes, mesurant la vivacité des réflexes tendineux et cutanés, recherchant le signe de Babinski, essayant enfin de mettre en évidence le « soudage » des relais moteurs par les syncinésies, la conservation des attitudes et les paratonies. On terminera cet examen physique par une revue des organes des sens, de la vue en particulier, et de l'ouïe.

Possédant ainsi un profil « physique » suffisant du sujet, il faut procéder à son examen mental, que l'on se trouvera bien de diviser méthodiquement en trois parties :

a) *Examen intellectuel.* — On mettra d'abord à l'épreuve, chacune séparément autant que possible, les diverses facultés et l'on interrogera par les procédés connus, le raisonnement, l'attention, l'imagination, la mémoire, l'observation du jeune enfant. C'est ainsi que l'on se rendra compte de combien de chiffres il est capable de se souvenir, que l'on verra s'il peut faire une ou plusieurs commissions sans se tromper.

L'épreuve du jugement consistera surtout à poser des questions absurdes, suivies des questions intelligentes ; les réponses donneront une moyenne utile.

On recourra ensuite aux tests qui, partant du plus simple, arrivent à demander l'association, la conjugaison de plusieurs fonctions... tests de Binet-Simon, si pratiques, malgré que

l'on en ait dit,... tests de Rossolino,... tests américains, variés et ingénieux.

b) *Examen scolaire et pédagogique.* — Lecture (mécanique ou compréhensive); écriture, dictée, calcul (temps de solution), notions d'histoire et de géographie.

Ces deux examens combinés permettent de juger s'il s'agit d'une arriération intellectuelle véritable ou d'une simple débilité scolaire, facilement rattrapable.

c) *Examen du caractère.* — Les perversions instinctives ne sont pas rares chez le débile.

Cette triple investigation, pour les détails de laquelle nous renvoyons à un excellent article de Mlle Abramson, est suffisante, quoique souvent un peu arbitraire; elle permet cependant d'éviter un mélange qui est incompatible avec des résultats heureux.

Ces quelques considérations sur le triage des enfants délinquants montrent déjà l'intérêt primordial de l'examen médico-psychologique généralisé, associé à l'action juridique.

*
* *

II. — *Dissociation proprement dite de l'instabilité caractérielle.*

Ayant ainsi éliminé, d'une part, les cas qui ne comportent pas de chance d'amélioration, de l'autre, les sujets qui, au contraire, peuvent être plus facilement corrigés, quoique suivant une voie obligatoirement différente, nous nous trouvons en présence de la masse des enfants délinquants, par troubles du caractère, de ceux que nous avons groupés sous le nom d'*instables*, et qu'il nous faut dissocier, dans un double intérêt: celui, tout d'abord, d'y voir clair; et celui de pouvoir élucider s'il existe, en quelque sorte, une spécificité du délit pour chaque cas, spécificité de fait, et spécificité d'apparence, cette dernière amenant à son tour une réponse sociale et judiciaire spécifique.

Aurait-on pu aborder cette dissociation, il y a 50 ans, sans employer d'emblée le mot de « constitution »? Il y a dix ans, au contraire, personne n'aurait songé à le faire; l'abordant aujourd'hui, c'est avec quelques craintes que nous prononçons

ce terme. Et cependant, c'est un fait, il revient en honneur, quoique la conception que l'on s'en fait ne soit plus exactement la même, et que plusieurs auteurs cherchent à en diminuer l'extension et la force par des réticences à moitié exprimées.

Et, du reste, pourquoi hésiterions-nous? puisque, si l'adoption du mot « constitution » paraît être une question de mode, au contraire, l'existence de ce qu'il désigne semble bien évidente, et doit rester indépendante de cette mode! A notre avis, la constitution est peut-être, chez l'enfant, et particulièrement chez l'enfant troublé caractériellement, la seule notion vraie et qu'on ne puisse nier. La question ne se pose même pas au « vulgaire », qui ne nomme pas autre chose lorsqu'il parle de « tempérament »... et même de « constitution »; est-ce par crainte de tomber dans le panneau de ce qui crève les yeux par son évidence, que ceux qui savent, ou croient savoir, se détournent de ces facilités... de peur probablement d'exprimer des lapalissades?

Peut-être... mais qui force à les exprimer? Elles sont, c'est un fait!

Il reste la tâche plus pénible, mais plus honorable, de déchiffrer ces vérités, de montrer ce qu'elles contiennent exactement, de résumer leur extension, et de juger, partie importante, pour nous médecins, quelle est leur valeur pratique, leur portée thérapeutique.

A vrai dire, on a bien fait, en abordant à nouveau la question des constitutions, de vouloir en modifier le sens primitif; d'ailleurs, il était inévitable de le faire, tant l'esprit de la psychiâtrie a changé en ces dernières années, sous l'influence principale des recherches orientées vers la biologie, des résultats psycho-expérimentaux, des reclassements évolutionnistes, ainsi que des acquisitions psychanalytiques; de statique, la psycho-pathologie est devenue dynamique, ne se contentant pas d'observer en détail un malade, comme un bloc tel quel, et à un moment donné, mais recherchant le processus pathogénique, aussi bien psychologique que toxi-organique, suivant les phases de la maladie et tâchant de la prévoir.

L'idée de constitution revenant « à la surface », il fallait l'adapter à l'esprit nouveau; c'est essentiellement ce qui a été fait ces derniers temps. La difficulté vient de l'aspect extrêmement statique du mot; peut-être la tournera-t-on en le remplaçant par un autre; déjà le docteur Codet a proposé « men-

talité »... ce terme nous paraît trop complexe, trop confus, et ne désignant pas assez l'élément caractériel majeur du sujet, comme le fait la constitution.

Mais il est temps de définir exactement ce qui doit être entendu, à l'heure actuelle, par constitution d'un enfant. Pour cela, nous renvoyons au numéro de *l'Evolution Psychiatrique* consacré à la question, et où diverses conceptions, plus ou moins limitatives, se combattent, ainsi qu'à notre communication parue dans les Annales médico-psychologiques de mars 1933. A cette occasion, nous présentions un jeune homme de 22 ans, que nous avons observé au moment où, passant de l'adolescence à l'âge adulte, il montrait une cristallisation psychosique de l'élément caractériel pathologique dominant de sa jeunesse. Nous avons pu avoir sur lui, et sur son enfance, de nombreux et intéressants renseignements. La variabilité de son aspect était extrême ; autrefois, de période en période, à l'asile, de jour en jour, il était autre que la fois précédente, et, selon l'heure, tous les diagnostics en usage auraient pu lui être appliqués.

Et, cependant, par une étude attentive de la « constellation caractérielle » de ce malade, on pouvait voir ressortir un élément prépondérant « tantôt parce qu'il est plus intense dans son aspect même, tantôt parce qu'il est plus actif dans ses manifestations, tantôt parce qu'il fait des réapparitions plus fréquentes, tantôt, surtout, parce que l'évolution du trouble caractériel le marque davantage et le met de plus en plus en relief » ; cet élément, qu'il fallait découvrir, qui a fini par se « solidifier » dans des réactions délirantes, et peut-être dans une évolution dementielle, — et qui était, en l'occurrence, un important facteur paranoïaque — c'est celui qu'il fallait appeler *l'élément constitutif*.

Les mêmes règles doivent être appliquées à tous les sujets.

Introduisant ainsi l'idée d'évolution dans le diagnostic de la « constitution », celle-ci ne peut plus rester « un bloc inerte » et fatal, « fabriqué entièrement par les antécédents » ; elle ne doit plus être non plus « la somme, un jour donné, de tous les éléments caractériels ».

Le dynamisme que nous devons adopter nous empêche de pouvoir définir une « constitution » en un examen, en un jour, en une courte période ; nous souvenant qu'à chaque instant, l'enfant « hérite de lui-même », prévoyant des circonstances à venir, nous devons appeler constitution d'un enfant ou d'un adolescent « l'état de son caractère, à un moment donné, tel

que l'a fait son passé, tel qu'un élément s'y trouve prépondérant, et tel que cet élément puisse évoluer, en plus ou en moins, suivant les circonstances et l'ambiance, pouvant même disparaître pour faire place à un autre ».

Pour finir, nous envisageons ainsi la détermination d'une constitution psychique : « l'étude individuelle préliminaire des facteurs passés ; la synthèse actuelle en vue d'une prévision de l'attitude future », et nous montrions, point sur lequel nous revenons avec Minkowski, la valeur pratique d'une telle conception, qui fait jouer un rôle si important à l'ambiance future, alors que nous pouvons, nous psychiatres, diriger cette ambiance dans le sens opportun.

Ayant ainsi défini ce qu'il convient d'entendre, selon nous, par la constitution d'un enfant, nous n'aurons plus de scrupules à diviser les jeunes délinquants par troubles de caractère, en six grandes classes, suivant l'élément constitutionnel dominant :

1° *Les émotifs ;*

2° *Les schizônes ;*

3° *Les paranoïaques ;*

4° *Les cyclothymiques ;*

5° *Les pervers*, en joignant à ceux-ci la série des *post-encéphalitiques* qui méritent une mention spéciale, et que nous nous refusons à classer aux côtés des organiques évidents.

Nous conviendrons de joindre, en un même groupe, les « *organiques* » vrais. L'inévitable déchet sera enfin rapidement traité dans la rubrique des « *inclassables* ».

On se rend compte, ainsi, dès que l'on veut effectuer un travail de dissociation d'une notion symptomatique comme l'instabilité chez l'enfant, combien les choses deviennent artificielles ; si la clarté est à ce prix, c'est bien volontiers que nous y consentons !

Nous nous trouvons, en effet, en ce moment, pour ainsi dire, dans la voie de la délinquance, et nous en étudions le pourquoi ; mais souvenons-nous que, tout à l'heure, nous allons être devant le tribunal, et qu'à la possible rigueur des juges, il va falloir opposer les raisons qui, pour chaque cas en particulier, doivent les pousser à absoudre et à songer à la solution médicale.

Nous allons donc examiner, tour à tour, chaque constitution, sa fréquence, comment elle se présente, et donner, à propos

de chacune d'elles, des exemples et des observations, soit personnelles, soit prises dans d'autres travaux.

C'est dans les chapitres suivants que nous verrons quels sont les délits rencontrés, s'il en existe une pathogénie caractéristique, et par conséquent une spécificité constitutionnelle.

Après avoir recherché l'existence d'une quelconque prophylaxie sociale actuelle, nous nous présenterons enfin devant le Tribunal.

A. — *Constitution émotive.*

Elle est d'une fréquence extraordinaire, quoique, rarement, il faut l'avouer, à l'état isolé. Dans notre premier chapitre, nous avons esquissé son mode de présentation.

Elle est un facteur possible de délit, mais est souvent retrouvée chez des enfants non délinquants, et qui ont eu un comportement normal. Mais c'est un fait qu'elle existe : c'est du reste, la première « constitution » qui ait été décrite par Dupré et qui ait, à sa suite, entraîné l'évolution « de l'idée de dégénérescence à la doctrine des constitutions » (René Charpentier).

Cette constitution émotive, Dupré la montrait « révélée par un certain nombre de signes objectifs : exagération dans leur instantanéité et dans leur amplitude, plutôt que dans leur vitesse, des réflexes tendineux, pupillaires et cutanés, hyperesthésie sensorielle, déséquilibre des réactions motrices et sécrétoires, tendance aux spasmes, tremblement, intensité et diffusion anormale des effets physiques et psychiques des émotions ».

Le professeur Dupré, en outre, voyait l'importance de la constitution émotive dans le fait, non seulement « qu'elle est le domaine de l'anxiété, des obsessions, des perversions sexuelles », mais encore, qu'elle constitue un terrain sur lequel apparaissent les syndrômes mélancolique et maniaque de la psychose intermittente et de la cyclothymie. Que dans la suite, se montrent, chez l'enfant émotif, des manifestations psychiques véritables, cela semble vrai et logique, quoique paraissant plutôt explicable par une association ou une modification de constitution, telles que l'admettent Vermeylen et Bleuler ! Mais ce qui est évident, lorsqu'on examine des enfants délinquants, ou que l'on passe en revue des observations, c'est la grande fréquence d'une émotivité morbide qui paraît pure, à la base des divers délits ; le docteur Heuyer dit aussi que c'est

la constitution qu'il a le plus souvent rencontrée, et il ne parle pas d'association ; pourquoi, du reste, ne serait-elle pas la cause unique, puisque, comme le dit justement Dupré, elle est le « domaine de l'anxiété, des obsessions, des perversions sexuelles », que l'on ne peut nier être des facteurs éminents de délinquance. Il n'y a rien par ailleurs à changer à la description de Dupré, si ce n'est le rapprochement, intéressant au point de vue thérapeutique, à faire entre la constitution émotive et la fréquence concomitante de troubles vago-sympathiques divers (Laignel-Lavastine).

B. — *Constitution schizône.*

Tous les auteurs ne sont, certes, pas d'accord pour la définition et la classification des diverses constitutions ; et, après les travaux de Dupré, bien des efforts d'analyse ont été accomplis, dans ce domaine, depuis la conception purement psychologique d'Achille Delmas et M. Boll, qui a servi à l'édification d'une théorie de la personnalité, jusqu'aux divisions organo-endocriennes, en passant par le classement selon l'aptitude fonctionnelle (Ewald) ou suivant le type morphologique (Enke, van der Horst, Mautz, Graf, etc...) De la sorte, des constitutions admises par les uns comme évidentes, étaient rejetées par les autres, qui ne jugeaient pas de la même façon, et paraient de conceptions différentes.

Il semble cependant, et l'on s'en convainc en examinant avec soin ce qui se cache exactement derrière les diverses étiquettes, il semble qu'un type constitutionnel doive être admis à peu près universellement, celui de la schizoïdiè.

En effet, si l'on veut bien consentir que ce que l'on voit cliniquement de la constitution ce n'est pas elle-même, dans son fait propre, mais les réactions de celle-ci aux excitations diverses rencontrées, si l'on pense que ce sont ces réactions qui nous mènent au diagnostic exact, lequel nous permettra, à son tour, de prévoir les réactions futures, si l'on admet, donc, comme le dit René Charpentier, que « les constitutions sont caractérisées par l'aptitude à vibrer sous l'influence de certaines excitations externes ou internes, et dans un certain sens », en tenant compte surtout de ces excitations externes, les plus facilement constatables, deux courants constitutionnels se présentent aussitôt :

le courant où le *sujet vibre à l'unisson* ;

l'autre, où il y a « *discordance* », simple *retard* ou *incompréhension* de la vibration.

Le premier est vaste et large ; et pour le dissocier, il faut en détacher les individus qui, ayant des réactions trop vives ou trop nombreuses, font en quelque sorte supporter autour d'eux les conséquences de vibrations mal dirigées, ce groupe pouvant à son tour se scinder en diverses constitutions que nous aborderons dans la suite.

Le second courant est plus homogène, quoique beaucoup plus gradué dans l'intensité de la discordance, c'est celui auquel nous avons affaire, et sur lequel nous insistons à cause de son importance pathogénique dans la délinquance juvénile.

On ne trouve cependant pas trace de cette orientation dans la classification des constitutions en huit sous-titres, faite par Ernest Dupré, lors de sa leçon inaugurale à la Chaire de Psychiatrie de la Faculté de Paris, en 1919 ; cette conception n'est pas prise en considération non plus dans les analyses faites par Delmas et Boll, et pour qu'elle se manifeste d'une façon claire, il faut attendre les travaux de Krœppelin, Bleuler et Kretschmer.

C'est ce dernier qui, pratiquant une large division en deux classes des individus normaux, en permet l'application lorsque des réactions anormales apparaissent ; il parle, d'une part, des *cyclothymes* qui vibrent à l'unisson du milieu ; et de l'autre, des *schizothymes*, qui vivent « en profondeur », comme des autistes.

La cyclothymie normale donnera naissance à l'état pathologique, à la *constitution cycloïde* ou syntône ; tandis que la schizothymie sera le point de départ de la *constitution schizoïde*. Il est intéressant de définir exactement la position des jeunes troublés du caractère dont nous nous occupons, dans le domaine de la schizoïdie, domaine qu'il faut absolument réduire et surtout graduer en intensité, suivant ses degrés.

Partant d'une conception simple mais vaste, Bleuler a été conduit par l'intensité de sa définition primitive à faire de la schizoïdie un cadre beaucoup trop extensif, et contenant, pour ainsi dire, la majeure partie de la psychiatrie.

Une fois perdu ce fameux *contact vital avec la réalité*, une fois produite cette « altération spécifique de la pensée et du sentiment », une fois « disloquées » ces grandes fonctions psychiques, et troublées les fonctions complexes de l'affectivité et du sentiment, quelles vont être les conséquences de l'autisme réalisé ?

« La conséquence », dit le professeur Claude, « ce sera une

désagrégation de l'individu en noyau profond ayant perdu le contact avec la réalité, et en couche superficielle qui l'entoure..., la couche superficielle tournée vers la réalité, et de ce fait aussi vers nous, réagira à sa façon aux excitations du dehors et nous fournira une série de symptômes qui, mesurés à nos manifestations psychiques normales, portent le cachet de perte du contact avec la réalité. Mais cette couche superficielle se trouvera, en même temps, prise entre la réalité, d'un côté, et le noyau profond qui se trouve être soustrait à celle-ci, de l'autre ; ce noyau agira, lui aussi, sur la couche superficielle, et viendra parfois se manifester à travers elle, au dehors. De là instabilité et discordance des symptômes ». Le contenu du noyau, ce sera la « pensée autiste » opposée à la « pensée réaliste ». Ces conséquences de la définition de Bleuler, dans leur schématisation, sont l'expression exacte et logique de la réalité.

Mme Minkowska décrit très bien en ces termes, ce qui nous frappe chez les schizônes : « Ils sont incapables de sentir, d'agir et de vivre dans le temps ; c'est pour cette raison qu'ils nous parlent d'une façon vague, abstraite, incolore, car « la charpente » leur manque ; ils se sentent dans le flou. Nous sommes souvent frappés par la lenteur de leurs actes, et bien qu'ils raisonnent bien et que leur intelligence reste intacte, c'est comme si nous pénétrions dans un monde immobile et mort ; le mouvement manque, la succession et l'enchevêtrement des faits font défaut ; c'est le régime de la pensée pure qui s'étend, et qui, non vivifiée par l'élan vital, s'épuise, s'automatise, se dessèche, se momifie, amenant une destruction de la personnalité vivante ».

Par ces longs extraits, nous voyons bien le point de départ exact de Bleuler, ainsi que les conséquences psychologiques qui en découlent, nous en reconnaissons l'exactitude et la portée compréhensive ; nous arrivons à nous rendre un compte fidèle des individus qui rentrent dans ce nouveau cadre, de leur esprit et de leur réaction. Leur nombre est grand, depuis le « timide scrupuleux et inquiet » qui touche encore à la psychasthénie, maladie de fonctions, jusqu'au grand solitaire, replié sur lui-même, dont il s'est fait un véritable monde, tout à fait délirant, et atteignant à la démence par son entière dissociation.

Quoique important, ce nombre paraît cependant devoir être limité. Aussi est-on étonné de voir Bleuler essayer de faire de la conception schizône une sorte de clef des mystères de la

psychiâtrie ; ayant défini la « schizophrénie simple », il décrit et admet trois autres formes de schizophrénie :

forme paranoïde ;

forme catatonique ;

forme hébéphrénique.

D'une part, il introduit ainsi l'explication schizôme dans un domaine où celle-ci n'a que faire, celui des anciens « délires chroniques ». D'autre part, Bleuler veut recouvrir les pages de la démence précoce avec la couverture de la schizophrénie ;... or, ces pages sont nombreuses, et on aboutit à ce qu'elles représentent par des voies constitutionnelles diverses.

Nous concevons bien plutôt la constitution schizôme comme une direction, une flèche évolutive vers la dissociation démentielle, une des plus fréquentes si l'on veut, puisque l'essence du trouble psychologique est déjà une discordance ; mais non la seule. « Cette notion (de Bleuler), dit le professeur Claude, semble méconnaître les caractères de la forme simple hébéphrénique, dans laquelle l'affaiblissement intellectuel est le phénomène initial prédominant ».

Nous ne parlons même pas des essais par lesquels Bleuler et ses élèves ont tâché d'éclairer de nombreuses psychoses chroniques, à la lueur de la schizoïdie. L'école psychiâtrique française y a trop montré son opposition pour que ce soit utile.

Nous ne retenons donc de la classification de Bleuler que la schizophrénie simple, dont les cas les plus frustes sont les « schizophrénies latentes », les « schizoïdes » de Kretschmer, et qui contiennent en réalité plusieurs types évolutifs.

C'est ici que rendent un immense service de clarté les travaux du professeur Claude et de ses élèves — et la notion des étapes sur le trajet de la schizophrénie — qu'il a introduite et fait admettre. C'est par ces étapes seulement, par l'existence incontestable de formes frustes (Wizel) de la schizophrénie que peuvent être expliquées, et l'attitude passée des enfants et adolescents qui nous occupent, et leurs réactions délinquantes. A cette explication suffit largement, en effet, la difficulté qu'ils ont à s'adapter au monde extérieur, le repliement sur eux-mêmes, leur affectivité mal dirigée, associés à l'intégrité de la plupart des fonctions intellectuelles.

Quelles sont ces étapes ? Et dans quelles limites devons-nous placer les jeunes schizômes délinquants ?

Ces étapes qu'exige la clarté, et ces limites qui nous sont nécessaires, elles nous sont données dans un article du professeur Claude, intitulé : « Démence précoce, schizomanie et

schizophrénie », où sont posées, d'une façon claire, la notion et l'existence d'un processus évolutif de la schizophrénie, processus dont Bleuler a déjà parlé en ces termes : « la schizophrénie vise non pas un état, mais un processus spécifique, susceptible d'évoluer et pouvant ainsi présenter tous les degrés, des plus légers aux plus graves ». La notion de schizophrénie, pense le professeur Claude, n'est applicable qu'à un nombre d'individus assez restreint, pour lesquels le terme de démence ne convient pas, quoiqu'ils présentent un comportement, marqué du sceau de la dissociation

Ces sujets ont, en général, un lourd passé héréditaire, et ils ont fait la preuve, avant tout accident psychopathique, d'une « constitution schizoïde » ... « dès l'enfance, tendance à la solitude, au recueillement, à la méditation, à la rêverie,... des conceptions imaginatives s'élaborant, que le sujet ne livre pas facilement ».

Ou bien ce sont ces boudeurs morbides dont parle Borel, qui présentent surtout des particularités caractérielles, et chez qui l'on trouve les traits suivants : « égoïsme, particularisme plutôt, orgueil, mauvaise humeur habituelle, colères faciles, difficultés à supporter la moindre contrariété, entraînant, dès le jeune âge, les réactions de bouderie d'une façon immodérée et déjà anormalement durables ».

C'est dans la suite seulement que se produit l'intériorisation propre à la schizophrénie, le sujet « se concentrant rageusement sur son mécontentement ». Bientôt il s'agit d'un malade qui s'enferme dans ses constructions personnelles, et à qui le « contact avec la réalité » devient extrêmement pénible, demandant un véritable effort. Il arrive que l'effort ne soit plus fait, et que la vie, aussi bien que la pensée, purement intérieure, soient préférées; c'est alors que l'activité pragmatique se réduit au minimum encore compatible avec une existence à peu près normale. C'est dans cette première catégorie évolutive que se recrutent surtout les jeunes délinquants, enfants ou adolescents, anormaux de la schizothymie, les délits se produisant souvent au cours de ce passage de la forme constitutionnelle au cadre psychosique; et c'est un peu schématique, mais afin d'être clairs, que nous donnerons le nom de *schizônes* à ceux que leur constitution seule a menés — ou va mener — à la réaction anti-sociale; et celui de *schizoïdes* aux sujets qui commencent à sortir de la chrysalide de la constitution, et présentent déjà de légers troubles psychopathiques.

Mais... « à un stade de plus,.. la *schizomanie* représente l'état pathologique du sujet qui a cessé de s'adapter à l'ambiance ». Il n'y a bientôt plus, pour cet individu, qu'une réalité, celle de sa personnalité intérieure ; il reste sans activité et sans affectivité apparentes ; la dissociation est manifeste entre cette activité « autiste » et l'activité pratique, complètement nulle.

Les fonctions intellectuelles sont parfaitement conservées, quoique mal orientées.

Il s'agit très souvent de découvrir, à cette période, un complexe affectif à la première origine.

Certains des adolescents délinquants sont, de toute évidence, des schizomanes, tels qu'ils sont ici décrits, mais il faut bien avouer que le nombre des sujets passant en jugement et présentant un tel tableau, est assez minime. Encore plus rares sont les adolescents du moins dans le cadre 13-18 ans, que nous nous sommes fixés, qui fassent preuve d'une véritable schizophrénie, avec ce bouleversement total de l'être psychique, cette dislocation de toutes les fonctions psychiques, ce désintérêt absolu, cette désorientation avec confusion mentale apparente, et la persistance cependant de l'activité intellectuelle (sur laquelle, avec force, insiste Bleuler).

Quoique, dans ce domaine de la schizophrénie, rien ne puisse être absolu, et que chacune de ces étapes puisse avoir une « durée théoriquement indéfinie », que, par conséquent, il soit possible à chacune d'apparaître à n'importe quel âge, cette gradation évolutive est d'un intérêt capital, et nous a permis de situer exactement, dans leur cadre et dans leurs limites, les délinquants, lorsqu'ils sont des anormaux de la constitution schizothyme. Ce sont, pour la plupart, des schizônes qui rentrant par la porte de la schizoïdie simple, font leurs premiers pas pathologiques dans la longue carrière de la schizophrénie, dont ils sont, pour parler clair, des formes frustes, telles que les a décrits Witzel : « ... dans ce tableau, font presque entièrement défaut les symptômes secondaires... pas d'hallucinations, pas de véritables idées délirantes, pas de syndrome catatonique, ni confusionnel... parfois seulement, un *syndrome dépressif*... On constate, avant tout, chez ces malades, un contact très émoussé avec l'ambiance, ainsi qu'un autisme très accusé :... tendance démesurée à la rêverie... aucun but pratique réel... ; l'absence de sens critique va si loin qu'ils sont tout étonnés de ne pas voir leurs désirs fantastiques se transformer en réalités, ... conscience parfaite de cet état, ... *réactions*

diverses devant cette conscience,... pas d'activité,... attitude familiale indifférente ou hostile,... désir de solitude ».

Nous insisterons plus tard sur les conceptions de Minkowski, à propos de « la genèse et des caractères essentiels de la notion de schizophrénie ». Lui aussi y voit « toute une échelle de degrés » entre le normal et le pathologique, et comme une « extension progressive » vers la démence précoce. Mais, encore plus que Bleuler, et de façon plus dynamique, il fait de la conception « schizône » quelque chose de très vaste, un véritable courant animé d'une force brutale, qui sépare, dès l'origine, la personnalité intérieure de l'individu, de son ambiance extérieure, et en empêche l'interréaction.... une « notion centrale » permettant une classification systématique et *limitée* des psychoses et des constitutions correspondantes.

C'est parce que cette « notion centrale » permet, par sa nature même, un *effort thérapeutique* que nous y reviendrons, lorsque nous parlerons des mesures à envisager; de même que nous reparlerons de la scission que pratique Minkowski, lorsqu'il voit dans la schizophrénie la rencontre d'un courant ancien psycho-clinique et nosographique, et d'un courant nouveau psychoanalytique, le premier procurant un *cadre* primitif, que marquent trois troubles essentiels :

- Perte de la valeur pragmatique de la pensée;
- Fixité et rigidité de l'affectivité;
- Ambivalence.

Le torrent psychanalytique fournissant un contenu, sur lequel on peut agir, en pénétrant jusqu'au noyau profond : le *complexe affectif*.

Nous verrons combien ces notions, si justes et si claires, sont capables d'améliorer le pronostic à porter sur un enfant ou un adolescent schizône qui a commis un délit et dont il faut arriver à corriger le caractère. Nous donnons, pour finir, quelques observations pour tâcher d'illustrer ce que nous venons de dire à propos des constitutions schizône, enfants délinquants ou non.

Et voici, tout d'abord, une observation que nous trouvons dans la thèse du docteur Heuyer : elle est présentée comme celle d'un jeune émotif, déprimé constitutionnel ; en réalité, il s'agit bien, à notre avis, d'une constitution schizône et d'un cas tout à fait fruste de schizophrénie.

Observation 11. — C... B... (13 ans).

Antécédents héréditaires. Père *alcoolique chronique*, mort à 64 ans. — Mère morte (?) Six enfants dont deux filles (mauvaise conduite). Un frère

ainé au bagne pour vol (récidive), un autre en prison (vol; souteneur). — Le troisième en prison (vagabondage spécial).

Antécédents personnels. — Né à terme et normalement. Retard moteur. Enurésie jusqu'à dix ans. Pas de maladie. Stigmates physiques nombreux.

Débilité mentale légère. Arriération scolaire.

Caractère : Inaffectivité pour les siens. Presque toujours livré à lui-même Maltraité par sa sœur, qui désire depuis longtemps s'en débarrasser.

Troubles du caractère. — Instabilité par périodes : fugues à répétition. Arrêté et placé à l'Assistance Publique. Dépression à d'autres moments : rêverie, pleurs faciles, signes d'émotivité, gestes de crainte. Menaces de suicide fréquentes. Une tentative. *Mythomanie* par intervalles — raconte des histoires dans lesquelles il joue le chef de bande, où il déclare qu'il entraîne ses camarades pour voler.

D'autres fois : dépression, repliement sur lui-même.

Observation 12. — D... (17 ans). Placée à Henri-Rousselle par sa mère pour attitude indisciplinée, perversions, menaces de mort. Ecole jusqu'à 14 ans, pas de certificat.

Examen : Présentation gênée, gauche. N'ose pas s'asseoir. Inquiétude ; il faut arracher les réponses.

Regrets stéréotypés. Insiste sur sa dernière place où elle était « si appréciée ». Réticences.

Elle ne comprend pas... elle n'a fait qu'une chose : menacer sa mère d'un revolver. Raisons de cet acte non exprimées.

Difficultés familiales : ne peut s'entendre avec sa mère, n'aime pas sa sœur aînée qui doit monter la tête à sa mère. Reproche à sa mère de l'avoir empêchée de se marier.

Perversions (?). Voulait aller jouer avec des garçons, en bicyclette. « ... Ils m'ont embrassée et caressée ».

Regrets morbides (avec visions d'avenir).

Mythomanie avouée... « les autres rigolaient »... *Dissociation* apparente de temps en temps.

Aveu du désir qu'elle a eu de tuer sa mère.

Observation 13. — D... J. . (18 ans). Pas de renseignements héréditaires.

Renseignements personnels : *mastoidite* à l'âge de 13 ans, qui « aurait déclenché les troubles ».

Examen : Présentation gauche. Maigreur et pâleur.

Explique ses troubles, « étant petit, j'avais l'impression que les choses changeaient »... des fois, il a la sensation qu'il n'existe pas... il se pince, ne se sent plus... « Quand je parle, c'est un autre qui parle »... « il me semble que je n'existe plus », « je ne suis plus le même ».

Modifications de la notion de temps : « j'ai l'impression parfois de mettre une heure pour faire un geste ».

Dédoublement de la personnalité. Notion intellectuelle que « c'est de la maladie ».

Aucun signe d'affaiblissement intellectuel. Distraction continuelle.

Plaintes hypochondriaques. *Dépression accentuée* ; rien ne l'intéresse ; apathie ; goût pour rien.

Aveu d'impulsions violentes, d'actes cruels envers les animaux, de réaction contre ses parents. « ... Il lui est arrivé de tout casser ».

Inaffectivité.

Observation 14. — B... E... (20 ans).

Certificat de premier internement (5 déc. 1927) : « Atteinte d'un état schizophrénique. Indifférence générale, inactivité; se trouve désemparée. Idées vagues de persécution et de grandeur mystique. Se croit suivie, espionnée par une bande..., on la montre du doigt. Se croit la mission de soulager ceux qui souffrent, de faire la paix sur la terre, même en sacrifiant sa vie. Inaffectivité familiale. Sourires discordants. Opposition par intervalles. Fugues.

Deuxième internement, 1927. Même état.

Troisième internement, 1931. Ville Evrard.

Renseignements héréditaires : Père mort P. G. en 1912.

Renseignements personnels : école et certificat d'études.

Bon niveau. A 7 ans, indiscipline, bégaiement. Règles à 14 ans; à cet âge, brusque paralysie faciale (sang et L. C. R. normaux); guérissant en trois ou quatre jours.

Devient nerveuse et d'un caractère difficile, avec des idées d'*insatisfaction sociale*.

Fugue à 16 ans; à la suite, fièvre intense; soignée à la Salpêtrière pendant trois mois. Apparition d'*animosité familiale*, en particulier envers sa grand'mère.

Somnolence. Inactivité.

Examen : Aspect agité. Inquiet.

Mouvements oculaires stéréotypés. Soupirs. Bien orientée. Bonne mémoire.

Récriminations vives et continuelles contre ses parents, presque toute sa famille,... « partout de la méchanceté et des mensonges ».

« On lui a donné, chez elle, une mentalité de vieillard ». — A été grossière, violente.

A peu de souvenirs sur les vagues idées d'influence et de persécution, qui semblent avoir donné au début un caractère anxieux.

Désintérêt de tout. — *Inertie* : s'isole le plus possible... ne veut pas savoir la date. — *Introspection continue* : se surveille.

Discordances fréquentes : sourires immotivés. Avoue des impulsions dont elle n'est qu'à moitié consciente. — *Opposition* par intervalles. — *Mythomanie* : se complaît dans le domaine imaginaire.

Fugues. Injures et menaces. Scrupules continuels. Simulation.

Instabilité motrice. Maniérisme. Troubles phonétiques : débit rapide, bégaiement.

Observation 15. — G... Y. (18 ans).

Premier internement en mars 1927; les troubles ayant débuté en septembre 1926.

Deuxième internement en novembre 1929; en liberté, est toujours restée troublée. *Certificat* : « Présente les troubles psychiques suivants : déséquilibre psychique, et probablement, du type discordant. Depuis deux ans, diminution progressive de la capacité de travail, inactivité, indifférence affective, hostilité contre sa famille. Troubles graves du caractère : *mythomanie*, instabilité, menaces de mort contre ses parents, bizarrerie, idées mégalomaniaques, se compare à la Joconde et à la Vénus de Milo; grande satisfaction d'elle-même, graphorrhée, dessins stéréotypés.

Schizophrénie probable.

Examen : Ville-Evrard. — *Renseignements héréditaires* : rien à signaler.

Renseignements personnels : bizarre et jalouse depuis très longtemps.

Haine ancienne contre ses parents « qui ne l'ont pas soignée », — terreur de la famille.

Violente depuis trois ans. Grossièretés... colères.

Néphrite, il y a huit ans, sans cause apparente (albuminurie irrégulière). Tentative de suicide (défenestration).

Pendant la dernière sortie en liberté, a toujours gardé ses bizarreries de caractère et de conduite.

Hypochondrie, négligence. A l'examen, ce qui domine, ce sont les idées hypochondriaques, elle a cessé ses études pour cela. ... « Voyez comme je suis abattue »... « j'ai toujours été malade ».

Hostilité familiale très vive, ... « sa mère, qui a lu les articles du docteur Toulouse, exagère tout ». Avenu des *violences*. Hypermimie, maniérisme, mobilité des idées. Idées de suicide.

Tenue négligée. Sourires discordants.

Conscience de son état « et de ce qu'il ne faut pas dire ». Refus de s'occuper, indifférence. Instabilité motrice.

Coquetterie exagérée. S'est épilé les sourcils et a fabriqué un appareil pour corriger la forme de son nez.

Graphorée « martyr de mon corps et de mon esprit ».

Simulation de guérison, revenue en apparence à de bonnes dispositions... « je sais que j'ai eu une maladie mentale ».

Sortie en septembre 1931, revient en avril 1932, dans le *même état*, après avoir été très violente envers ses parents et s'être montrée dangereuse.

A vrai dire, cette observation sur laquelle nous avons insisté, est autant celle d'une perverse instinctive que celle d'une schizône en évolution ; cependant les éléments signalés s'y trouvent extrêmement marqués, et nous estimons que ce cas représente bien le type de l'adolescent en voie de délinquance, et qui réagira d'une façon anti-sociale grave, dès que le prétexte s'en présentera.

Nous pensons cependant que sa place n'est absolument pas dans un asile d'aliénés.

Enfin, voici le cas, sommairement observé, d'un jeune garçon de 13 ans, et relevé dans « L'enfant turbulent » du Dr Wallon : il se présente surtout comme un déprimé constitutionnel émotif.

Observation 16. — C... H... (13 ans). Antécédents personnels : accidents d'accouchement. Ophtalmie et énucléation. Amnésie jusqu'à 6 ans.

Aucun progrès à l'école. Indifférence, instabilité, turbulence.

Examen : Inactivité, pleurs, colère, dépression. Reste taciturne. Aversion insurmontable de l'effort mental. Larmes immédiates. Réponses au hasard — même au sujet de son âge, des mois, des lettres et des chiffres... il ne sait pas.

Suggestibilité absurde.

Serviable à l'occasion, souvent malfaisant ; sornioiserie, brutalité, taquineries.

Mythomanie.

Nous avons donné de la constitution schizône, chez l'enfant et l'adolescent, presque uniquement des cas de non délinquants; nous l'avons fait, parce que nous sommes persuadés que, non traités *individuellement*, ces sujets seront naturellement amenés au délit, et parce que nous voulons faire, avant tout, de la prophylaxie.

c) *Constitution paranoïaque.*

Nous rentrons, avec cette constitution, dans le second cadre général que nous avons adopté, à la suite de Kretschmer; traitant des individus normaux, ce dernier a opposé au groupe des schizothymes, les sujets appartenant à la *cyclothymie*, c'est-à-dire ceux qui vibrent à l'unisson du monde extérieur; rentrant dans le domaine de la pathologie, nous avons affaire aux *cycloïdes*, qui sont des anormaux parce que leurs vibrations psychologiques, quoiqu'en accord avec les excitations, externes ou internes, sont trop intenses ou faussement dirigées, et amènent des conséquences fâcheuses pour le milieu social.

Ainsi, la constitution paranoïaque, qui est un chapitre de la cycloïdie ne sera pas, chez l'enfant, susceptible de délinquance par son essence même, qui est relativement peu nocive, mais par le fait de sa rencontre avec des circonstances extérieures favorisantes; c'est dire, dès maintenant, l'action que pourra avoir la thérapeutique individuelle pour chaque individu.

La constitution schizône est, dans la majorité des cas, innée; et le rôle du complexe affectif secondaire, quoique non négligeable, doit être mis à un plan reculé; la constitution paranoïaque, elle, existe bien dans les toutes premières années, mais les circonstances à venir sont d'une capitale importance; autant un enfant né schizône, est capable de devenir un anti-social par le seul développement psychosique de sa constitution, autant un jeune sujet paranoïaque a besoin, pour commettre un délit, de trouver autour de lui l'ambiance qui aura favorisé le développement de son anormalité constitutionnelle.

Est-il bien utile de décrire l'enfant paranoïaque? Ses caractéristiques psychologiques ont été bien souvent exposées avec vérité... Ce sont les docteurs Génil-Perrin dans ses « Paranoïaques », Montassut, dans « Constitution paranoïaque », Heuyer, avec son article sur les troubles du caractère de l'enfant, Gilbert Robin étudiant l'orgueil dans « L'enfant sans défauts ». C'est un des diagnostics psychologiques les plus aisés à

poser, au seul examen de l'anamnèse et après étude un peu prolongée du comportement du sujet dans un milieu nouveau ; nul doute qu'un psychiatre appelé à voir défiler les enfants et adolescents cités devant le Tribunal spécial, ne reconnaisse facilement en eux la tare paranoïaque, qui déchargera une grande partie d'entre eux du « discernement » nécessaire à la condamnation.

L'*orgueil* morbide n'est pas suffisant pour faire placer un enfant sous le signe de la paranoïa ; il y faut encore un élément qui rende possible « l'augmentation et la perversion du sens de sa personnalité », et qui est la *méfiance*. Le responsable, c'est cette association, ce « couple » où la méfiance tient le rôle principal... « méfiance, crainte, rancœur, réserve hostile, susceptibilité ombrageuse, perplexité, inquiétude, sentiment d'être incompris par ses semblables ; il y a de tout cela dans le paranoïaque » dit le docteur Génil Perrin.

La méfiance et l'orgueil portent en eux la fatale *fausseté du jugement*, celle-ci à son tour, rendant le sujet *inadaptable*, chaque fois que le milieu oppose quelque difficulté inattendue, au lieu de ce qui semblait naturel ; de là la *réaction anti-sociale*.

Ayant ainsi clairement aperçu la filiation qui mène au délit chez l'enfant paranoïaque, ce dernier sera suffisamment caractérisé par deux extraits que nous relevons dans les ouvrages cités plus haut des docteurs Montassut et Heuyer, qui s'expriment à peu près de la même façon. Le premier montrant l'inadaptabilité du paranoïaque, dans le jeune âge, nous dit : ... « élève doué, lisant beaucoup, apprenant avec facilité, le paranoïaque enfant exalte sa vanité de « fort en thème ». Il se juge très au-dessus de ses camarades et dédaigne leur compagnie. Jaloux, méfiant, irritable, il se rend insupportable et manifeste un amour prématuré et morbide de la controverse. Inadapté, il se plie difficilement à la discipline scolaire et familiale ; plaie des écoles, du voisinage et des employeurs, il se dispute et fait l'école buissonnière ; il est déjà en révolte »,

Le docteur Heuyer donne des jeunes paranoïaques, une excellente description : « certains enfants bien doués présentent des troubles affectifs du caractère et une déviation du jugement qui rendent difficiles leurs rapports avec leurs camarades, leurs maîtres, voir même leur propre famille. Ils sont vaniteux et méfiants, très égo-centriques, ils sont jaloux et quelquefois malveillants. Ils réagissent d'une façon excessive aux circonstances extérieures, ils interprètent, ils grossissent

des faits insignifiants; ils les transforment et y voient des allusions humiliantes ou menaçantes; ils ne sont jamais satisfaits de leurs notes, et se plaignent à leurs parents de l'injustice dont ils sont l'objet; ils accusent leurs maîtres de révoltante partialité; quelquefois ils ajoutent la calomnie intentionnellement maligne. La mythomanie perverse s'associe à leurs dispositions paranoïaques pour faire d'eux des ferments d'indiscipline, des germes de discorde, des éléments de trouble ».

Le docteur Gilbert Robin (« L'enfant sans défauts »), cherchant à redresser le pronostic sévère que l'on a l'habitude de porter sur de tels enfants, et montrant que leur affectivité ne cesse pas « d'être accessible à l'analyse psychologique », et permet par conséquent « d'appliquer à bon escient les diverses méthodes d'analyse, de redressement et d'éducation », nous donne une observation fort instructive et qu'il publia, en premier lieu, avec le professeur Claude, dans la *Gazette des hôpitaux* du 28 juillet 1926 : Il s'agissait d'un jeune garçon de 15 ans 1/2 », « d'un caractère doux, mais renfermé », jusqu'à 11 ans, et chez qui apparaissent, vers cet âge, en même temps que de l'instabilité, des troubles du caractère. Il devient indiscipliné, méchant, violent parfois avec les siens, fait des fugues et commet des actes incohérents.

D'abord placé au patronage, on finit par l'interner, devant son attitude, et parce qu'il fait la grève de la faim.

À l'asile, inaffectivité, indifférence, ironie continuelle, irritabilité, mépris. Le diagnostic était hésitant.

Cependant tous les troubles caractériels étaient apparus à la suite d'un choc affectif : il avait appris que son père n'était pas le sien, et c'est alors qu'il était allé vivre chez sa grand'mère. À l'aide de ces renseignements, on devinait, on percevait, sous cette attitude extérieure ironique, « l'affectation, l'outrance, et le mobile affectif parce qu'il avait de temps à autre, des bouffées d'affectivité alternant avec une véritable *hostilité maternelle*.

La mère avait d'ailleurs toujours été foncièrement hostile envers lui.

On voit, par cette observation résumée, le rôle capital de la circonstance extérieure, en l'occurrence, une révélation affective, dans l'extériorisation réactive d'une constitution qui, peut-être, se serait déchaînée dans la suite, mais qui, jusqu'alors, était restée fort silencieuse.

Cette observation de constitution paranoïaque montre encore combien la porte reste ouverte à la thérapeutique psychologique, dans le sens d'une modification de l'ambiance, avec mise à la lumière psychanalytique.

Il s'agissait d'un enfant qui n'avait pas eu recours au délit. Voici maintenant le résumé d'une observation personnelle, objet d'une communication faite à la société médico-psychologique, le 27 mars 1933. Avec elle nous avons voulu donner un exemple d'un caractère troublé et confus, où l'élément constitutionnel paranoïaque était prédominant, pendant toute l'enfance et l'adolescence du sujet, dans lequel, cependant, malgré les occasions qui en furent fournies, on n'avait jamais voulu dépister la paranoïa, étiologie selon nous, de toutes ses réactions anti-sociales, et dont l'évolution malheureuse doit amener à regretter cette fâcheuse abstention.

Observation 17. — B... P... (22 ans). — Arrivé de l'Infirmierie spéciale, le 16 octobre 1929 à l'Asile clinique avec un certificat parlant de « déséquilibre psychique congénital, à évolution schizophrénique probable, ... instabilité... mésentente familiale... paresse et fugues... fabulation .. indifférence... discordance et sourires immotivés... idées de suicide; double hérédité alcoolique et vésanique (suicide); pas de signes neurologiques. »

— *Renseignements héréditaires* confirmés.

— *Renseignements personnels* : « a toujours été scrupuleux, émotif, inquiet, timide, et susceptible ».

Certificat d'études, puis apprentissage.

Début des troubles à 17 ans : *se croit remarqué* et *observé*; « idées drôles »; on lui *veut du mal*, et ne se plaît nulle part. A ce moment, fugues à répétition, menus vols, et maison de correction.

A, en réalité, été bizarre, dès ses premières années. Il se trouvait étrange, et un *sentiment de crainte* perpétuel l'écrasait — solitude, peur des ténèbres, des fantômes et des cimetières, *peur de mourir*.

A 18 ans, engagement dans la marine (*difficultés avec l'ami de sa mère*); réforme au bout de deux ans d'une vie mouvementée. A la suite, grande *instabilité professionnelle*. Mis à la porte de chez lui, fait une tentative de suicide au Gardéal. Puis « pour être mis à l'abri », s'accuse d'un vol imaginaire.

A l'asile, s'est rapidement montré *instable, insupportable* et *malveillant*. Orgueil... Transports démagogiques et idées révolutionnaires — veut paraître à la tribune. « ... Je suis fait pour être un intellectuel ».

Apragmatisme sexuel.

Puis *protestations* hautaines, *refus de travailler*, agitation progressive. Idées mystiques. Anxiété. Interprétations très actives.

D. — *Constitution cyclothymique.*

S'il est une constitution qui mérite d'appartenir à la seconde des « thymies » décrites par Kretschmer, c'est bien celle-là qui en porte le nom même. C'est que cette catégorie est celle des sujets qui, vibrant réellement à l'unisson des circonstances extérieures et des excitations « proprioceptives », le font sur un rythme oscillatoire trop marqué, trop accusé, dans un sens comme dans l'autre, sens de l'excitation et sens de la dépression.

Il s'agit, en somme, non de sujets particulièrement sensibles, mais d'individus « sensibilisés » aux variations perçues, cette sensibilisation excessive ne se traduisant pas par des signes émotifs, mais par des réactions soit mélancoliques, soit passionnelles. Les premières de ces réactions pourront les amener au délit sur eux-mêmes (suicide) ; les autres au délit sur autrui (vol, viol, meurtre, etc. . .)

Ce type constitutionnel, sans être fréquent, est loin d'être exceptionnel chez les jeunes délinquants (7 % environ), et une enquête patiente le ferait découvrir à un taux assez élevé chez les simples écoliers anormaux, parmi lesquels se recruteront les futurs délinquants.

A quoi attribuer cette sensibilisation anormale ? Le fait qu'on la trouve assez fréquemment évoluant « sur un fond de débilité mentale » (Heuyer) n'est qu'une explication négative. De même la psycho-pathogénie proposée par Collin : « il s'agirait d'un déséquilibre passionnel » et, du moins dans une partie des cas, de « l'exaspération passagère, sous l'influence d'une cause plus ou moins légitime, de sentiments de jalousie, de haine, de vengeance ».

Mais traduire n'est pas résoudre !

Nous verrions plus volontiers les causes de ces alternatives, du moins leurs causes favorisantes, dans un *déséquilibre glandulaire* — et c'est surtout ici que nous ferions nôtre, la phrase suivante du Professeur Laignel-Lavastine : « Le caractère, à mon sens, n'est que l'expression psychologique, du tempérament glandulaire ». Il s'agit, en effet, souvent, d'enfants longtemps « retardés » au point de vue glandulaire, et chez lesquels apparaissent la puberté et ses signes d'une façon brusque et rapide, comme sous l'effet d'une poussée générale. Au point de vue physique, ils sont, très fréquemment, soumis à des alternatives d'amaigrissement, et de véritable obésité

naissante, de mauvais état général avec dénutrition, et, au contraire, d'assimilation normale, avec retour des forces et du poids. Ceci n'est, du reste, qu'une hypothèse.

Quoi qu'il en soit, il est hors de doute que cette constitution cyclothymique, pathologique, est responsable, par elle seule, de bien des réactions anti-sociales de sujets jeunes ; les délinquants cyclothymiques, ce sont ces enfants dont il arrive que l'on ne reconnaisse plus le « profil mental » d'un examen à l'autre :

Tantôt *déprimés*, ils peuvent présenter un véritable syndrome mélancolique, avec sentiment de culpabilité et d'auto-accusation, velléités de suicide parfois (l'enfant qui se suicide est plus souvent un cyclothymique en phase de dépression aiguë qu'un déprimé permanent constitutionnel) ; — tantôt, au contraire, *excités*, aussi bien moteurs que mentaux, ne restant pas en place, s'agitant, verbiant sans cesse, faisant montre soit du déséquilibre passionnel, cohérent encore, dont nous parlions tout à l'heure, et pouvant alors céder à de véritables impulsions, soit d'une présentation réellement incohérente, et rappelant parfois, à s'y méprendre, la manie périodique observée chez l'adulte.

Ces alternatives peuvent être régulièrement périodiques mais leur apparition et leur remplacement successif sont capables d'avoir lieu, sans qu'un ordre préétabli ou à prévoir, y préside.

Les variations peuvent n'avoir lieu que dans un seul sens, alternant avec un état normal.

L'intérêt de cette catégorie d'enfants délinquants est dans la démonstration évidente de l'utilité d'un examen médico-psychologique général de tous les enfants soumis à leur tribunal spécial — examen minutieux et prolongé un temps assez long — puisque la présentation d'un de ces jeunes sujets peut être radicalement différente au moment du délit, et à l'heure de la comparution.

Nous donnons, ci-dessous l'observation d'une de ces jeunes cyclothymiques, dans la voie du délit :

Observation 18. — (Thèse Heuyer). H. . . G. . . (12 ans 1/2).

Antécédents héréditaires : Père et mère tuberculeux.

Pas de fausse-couche. Deux enfants bien portants.

Antécédents personnels : née à 7 mois et demi. Retard de développement.

Enurésie jusqu'à six ans.

Examen physique : quelques stigmates de dégénérescence, pas de signes de pré-puberté.

Examen intellectuel : arriération scolaire. Légère débilité mentale.

Examen du caractère : douce, obéissante et affectueuse.

Depuis trois ans présente pendant deux ou trois mois, à partir de juillet, des troubles du caractère, devenant « agitée, turbulente, indisciplinée, intraitable », n'apprenant plus rien en classe. A ces moments, *vols répétés et incorrigibles* : Vols d'argent chez les patrons de sa mère. Vols de vêtements à des camarades, d'objets qu'elle va revendre.

En même temps, mensonges, mythomanie, hâblerie.

Coïncidence de troubles de l'état général, d'amaigrissement, de troubles de la nutrition. Puis, au bout de deux ou trois mois, reprise de l'état normal à tous points de vue.

E. — *Constitution perverse.*

Nous abordons, avec cette constitution, une catégorie d'enfants, sur laquelle nous n'avons pas l'intention de beaucoup insister.

En effet, si l'intérêt est grand de savoir les dépister et les signaler aux juges du Tribunal pour enfants, cet intérêt est surtout social et défensif, et c'est ce qu'exprime fort bien le terme « d'asile de sûreté » qui serait destiné à cette sorte d'enfants ; l'intérêt humain et thérapeutique de ce dépistage est, par contre, bien tenu. Or, nous voulons nous préoccuper surtout des cas où « il y a quelque chose à faire ».

Qu'est-ce que le pervers instinctif ? C'est l'enfant qui a toujours eu l'air de se complaire dans l'*action malfaisante*. Si l'on veut, de la notion, une analyse sévère, lisons ce que dit le docteur Wallon de la perversité dans « L'Enfant turbulent » : « Elle (la perversité) n'est pas dans l'action malfaisante elle-même, mais dans le plaisir qui s'y attache et qui la fait commettre. Elle ajoute aux impulsions (ce sont de véritables impulsions conscientes), ne se confond pas avec la simple salacité, la pyromanie, la brutalité, etc... que l'occasion révèle et qui s'y épuisent ».

Une inaffectivité totale paraît être à la base de cet état constitutionnel, ... en réalité... il « implique l'existence de tendances affectives, en quête d'un objet, et insatisfaites ».

C'est bien un groupe sorti de la classe cyclothyme, puisque, ... il « répond à l'étage où s'instaure la dualité : le rapport mieux senti de soi au monde extérieur, le besoin de s'y confronter et de l'éprouver ».

A la perversité s'ajoute « une attitude habituelle d'hostilité, de revanche, de défi ». Le pervers présente de « l'ambivalence des états affectifs à leur paroxysme ; la douleur et le plaisir se distinguent mal, semblent se stimuler réciproque-

ment... C'est ainsi que le pervers paraît entraîné à commettre ses méfaits pour l'excitation qu'il en attend. Il en ramène toutes les conséquences à (sa) seule satisfaction ». Et encore, cette différence avec l'acte malfaisant possible d'un autre type constitutionnel (un paranoïaque, par exemple) « qui, toujours en quête d'autre chose, sait, du moins, assigner chaque fois, un but à ses désirs, suivre les métamorphoses de sa perpétuelle illusion ».

Le pervers instinctif, « l'ange déchu et satanique », l'être malfaisant par plaisir pur, n'est pas l'exception parmi les enfants délinquants, et sa proportion peut être évaluée à 100/0 environ.

Nous avons parlé suffisamment de lui dans notre introduction pour ne pas nous en occuper davantage maintenant ; d'autre part, les paroles du docteur Wallon sont suffisantes pour le connaître et le décrire.

Jusqu'à présent, un seul mot bien obscur : *hérédité*, a répondu au vaste problème des causes de telles dispositions innées.

Quant aux espoirs thérapeutiques, bien souvent traduits par des essais de réalisation, ils sont, à l'heure actuelle, évoqués d'une façon pessimiste et qui paraît juste, par les quelques citations suivantes : « ... cette distribution à jamais fixée de l'ambivalence affective et son dédoublement irréductible, l'impuissance foncière d'adaptation, l'intime erreur qui en résulte, c'est en quoi consiste la perversité aux effets irréductibles comme ceux d'une tare originelle (Wallon) ».

« ... irréductibilité des tendances, récidivisme incessant, impossibilité de l'amendement, en résumé, incorrigibilité » (Dupré). Le docteur Heuyer s'associe entièrement à cette dernière conclusion, et il s'exprime ainsi : « pour les pervers instinctifs dont les tares s'aggravent sous l'influence du châtiment, et dont l'irréductibilité est *certaine*, les psychiatres réclament la création d'asiles de sûreté ».

Ainsi, ces fameux asiles de sûreté seraient la seule ressource, en ce domaine de la perversité instinctive... ? Il n'y aurait vraiment rien à faire ?

... Mais ces asiles existent-ils ? ... pas encore ! ...

Qu'on les crée donc, et l'on pourra enfin tenter l'expérience de la thérapeutique individuelle du pervers instinctif isolé.

Bien entendu, et ainsi que nous l'avons exprimé plus haut, il faut complètement séparer des pervers instinctifs, les enfants que les docteurs Paul Boacour et Heuyer nomment les *pervertis*, pervers par leur milieu social, qui constituent une bonne part des délinquants pervers, et qui, eux, « peuvent échapper à la délinquance, si on les change de milieu, si on les surveille, si on les place dans de bonnes conditions d'évolution morale ».

Il faut encore, quand ce ne serait qu'au point de vue de l'amélioration et de l'adaptation à attendre, séparer nettement des pervers instinctifs constitutionnels, à tendances innées, quoique favorisées, chaque jour, par des facteurs acquis, les jeunes sujets chez lesquels une épine organique nettement secondaire, est responsable des troubles, des perversions et des réactions anti-sociales possibles. Et, dans ce groupe important, détaché de la classe des pervers, il faut encore, à notre sens, faire deux sous-groupes :

— ceux que l'on a coutume d'appeler les *post-encéphalitiques* ;

— ceux que nous nommerons les *organiques vrais*.

La différence essentielle, qui sera pour les premiers, au bénéfice du doute, c'est que, parmi les post-encéphalitiques, à côté de sujets franchement organiques (encéphalite épidémique), s'en trouveront d'autres, qui auront souffert autrefois, au cours de maladies diverses, de troubles confusionnels avec délire et hyperthermie, troubles que l'on veut absolument, aujourd'hui, attribuer à des séquelles lésionnelles encéphaliques, alors que rien de spécifique dans l'anatomo-pathologie, n'est encore venu infirmer l'hypothèse, plus logique, d'accidents purement fonctionnels. Au contraire, les pervers, organiques vrais, et par acquisition secondaire, ce seront les épileptoïdes, les anciens « Little », les diverses paralysies infantiles, les sub-choréiques et athétosiques, etc... minorité infime, du reste, parmi les délinquants, car la surveillance a mille occasions de s'établir avant toute réaction anti-sociale, minorité, pour laquelle le doute n'est pas permis, et que nous nommerions volontiers, malgré les notions couramment admises, des « instables moteurs et organiques », dans le sens précis et *objectif* du mot instabilité.

Revenant à notre premier sous-groupe des « post encéphalitiques », nous trouverons d'utiles renseignements d'ensemble sur le « syndrome encéphalitique » dans un article du professeur Claude et Gilbert Robin : « Ce sont avant tout, au point

de vue caractériel, des impulsifs, présentant des phases assez régulières d'excitation hypomaniaque avec instabilité psychomotrice intense, dont l'affectivité est, en général, conservée, ce qui leur permet de faire preuve de repentir, lorsqu'ils ont commis des actes nocifs ; dont l'évolution intellectuelle est arrêtée, mais non régressive ; on observe le plus souvent, chez eux, les signes organiques de la série parkinsonnienne, ce qui les différencie des pervers constitutionnels, d'autre part complètement inaffectifs » ; caractériellement, ce sont des enfants « insupportables, indisciplinés » et M. Lhermitte les décrit très bien en ces termes : « d'humeur querelleuse, agressive, insupportable, l'enfant se fait comme un malin plaisir de persécuter son entourage ». En somme, mille possibilités de délit futur !

*
* *

Ayant ainsi dissocié, en toutes ses parties causales, le grand syndrome de l'instabilité chez l'enfant délinquant, nous affirmerons, sans crainte de nous tromper, que 70 o/o des jeunes prévenus, et que, par là même, 70 o/o de futurs délinquants appartiennent à une des catégories constitutionnelles décrites.

La tâche du médecin est donc immense. Est-ce bien le mot qui convient à l'aide qu'on lui demande ?

Plusieurs voies constitutionnelles mènent donc l'enfant à la délinquance par le domaine de l'instabilité. Ces voies sont-elles strictement semblables ? Ou bien chacune a-t-elle son aspect propre ? En d'autres termes, existe-t-il une spécificité constitutionnelle du délit, telle constitution amenant de préférence telle réaction ? Et, dans ce cas, pour quelles raisons ?

C'est maintenant ce que nous allons nous demander.

CHAPITRE III

Les délits des instables mineurs.

Soixante-dix pour cent des délinquants juvéniles ou infantiles sont donc, à notre sens, représentés par de jeunes « troubles du caractère », par des instables. Avant de partir sur la base de ce chiffre, il semble raisonnable de consulter une statistique sérieuse, et nous emprunterons, pour cela, le travail présenté par le docteur Roubinovitch et ses collaborateurs chargés des examens médico-psychologiques, à la Petite-Roquette, pour l'année 1927-28, travail paru au cours du congrès de médecine légale de 1928. Cette statistique, portant sur 300 cas de délits divers, en trouve 94 dus à « l'instabilité mentale simple » et, en outre, 87 imputables à des « troubles de caractère surajoutés à l'instabilité mentale », plus 12 cas d'épileptoïdie et de post-encéphalite, ce qui donne la proportion suivante :

Instabilité mentale simple	31 o/o
<i>Idem</i> , plus troubles du caractère.	29 o/o
Epilepsie et organicité	4 o/o
Total.	64 o/o

Nous n'arrivons pas tout à fait à notre chiffre, mais nous pensons que la proportion oscille, d'une année à l'autre, dans ses environs (65 à 75 o/o)

Nos instables constituent donc bien une forte majorité des délinquants. Est-ce à dire que ce soient les plus nombreux parmi les enfants anormaux ? Non pas, car les débiles intellectuels et les arriérés de tous degrés représentent, sans nul doute, une masse beaucoup plus importante. Faut-il donc croire que les troubles du caractère ont une évolution presque fatale vers la réaction anti-sociale ? Quoi qu'ils en soient un facteur considérable, nous ne pensons pas que là soit l'explication tout entière. Nous avons tous connu des enfants instables, qui le sont restés durant toute leur jeunesse, et qui, *dépistés, mis en observation, surveillés*, n'ont jamais eu recours au délit. Et c'est par cette réflexion que nous nous expliquons

le fait qui nous occupe. En effet, rien n'est plus facile que de rendre inoffensif un enfant débile ;... tous les moyens sont offerts pour cela : on interne l'idiot ou l'imbécile, on tente de rééduquer le simple arriéré, . . les parents le savent bien, et on leur facilite les choses, abaissant du même coup le taux des débilés délinquants.

Au contraire, l'instable, que l'on ne saurait, en général, raisonnablement interner, est abandonné à son sort ; la famille le supporte d'abord..., en le corrigeant (nous parlons, bien entendu, des familles peu aisées)..., bientôt, excédée, elle demande conseil aux voisins, et elle entend parler aussitôt de « maison de correction » ; au médecin, parfois, qui comprend ou ne comprend pas..., et n'a *rien à proposer*, sinon une consultation auprès d'un psychiatre qui parlera peut-être d'internement..., solution repoussée, et à juste titre !

Au juge enfin, sous forme d'une demande de correction paternelle ; ce sera alors la petite semonce avec un avertissement sans effet, ... ce sera peut-être la « liberté surveillée », l'enfant étant confié à une tierce personne... Ce sera, en tous cas, sûrement, le recommencement des mêmes manifestations caractérielles anormales, jusqu'au délit que rien n'aura empêché, parce que rien, *actuellement, n'est officiellement organisé pour l'empêcher*.

Voilà, à notre avis, la seule explication à donner à cette énorme proportion de 70 o/o d'instables dans la délinquance juvénile !

Ayant ainsi exposé la pathogénie sociale du délit de l'instable, il nous reste à rechercher s'il est des formes constitutionnelles de l'instabilité qui soient spécifiques de tel ou tel délit. Nous allons essayer de le faire, en marquant bien, d'une part, que nos résultats ne sont basés que sur des statistiques de fait, et qu'ils ne constituent que des propositions approximatives et bien souvent hypothétiques.

On peut distinguer, chez les instables, trois grandes catégories de délits, suivant la manière dont ils ont pu être commis, et suivant leurs circonstances :

1° Ceux que nous nommerons les *délits d'occasion* ou *d'entraînement* ; et qui sont surtout le fait, d'une part, des jeunes *émotifs simples* ; de l'autre de ceux que nous avons appelés les *pervers* ;

2° Les *délits d'impulsion*, se présentant comme un acte irraisonné, non combiné, souvent non conscient. Leurs auteurs en

sont d'abord, et avant tout, les « organiques » en général — et parmi eux, surtout, les jeunes épileptoïdes et les post-encéphalolitiques ; ce peuvent être ensuite des adolescents *paranoïaques*, commettant leur acte dans une impulsion vengeresse.

Un simple émotif peut, enfin, être conduit à la réaction antisociale par impulsion irraisonnée.

Cette forme de délit est relativement rare.

3° *Les délits de constitution* vrais, dans lesquels la constitution pathologique doit, à peu près seule, être incriminée. Les coupables, ce sont à peu près tous ceux que nous avons passés en revue, et, en progression croissante : Les émotifs ; les schizônes ; les cyclothymiques, les paranoïaques, et surtout les pervers.

Chacune de ces grandes catégories « de circonstances » comprend toutes les formes de délit, que nous allons examiner l'une après l'autre, établissant leurs proportions relatives, et la part qu'y prend chaque espèce de l'instabilité.

Nous ne parlerons que pour mention de la *mythomanie*, forme pathologique du mensonge, extrêmement fréquente, n'ayant, en général, que la valeur d'un fait d'accompagnement, et atteignant à peine au délit sous la forme aggravée qu'a décrite Dupré, celle de la « simulation d'attentat ».

Cette mythomanie, dit le docteur Heuyer, doit surtout servir à se méfier du témoignage de l'enfant.

Tous les instables peuvent être mythomanes, mais particulièrement le schizône et le pervers.

Fugues et vagabondage. — C'est un délit très fréquent ; en effet, une seule condition suffit pour faire d'un enfant un délinquant en cette matière : *l'absence de domicile*.

Le docteur Heuyer nous donne, pour ce délit, en l'année 1927, un pourcentage de 30. Roubinovitch, dans son rapport signalé plus haut, parle, pour 1927-28 de 16 %, ce chiffre étant celui de *vagabondage simple*. Il y aurait, en outre, 6 à 7 % de *vagabondage spécial*, chiffre relevé pour les garçons, où il s'agit de pédérastie associée, et qu'il faudrait largement augmenter par la prostitution, au cours du vagabondage féminin.

Donc, le vagabondage tient une place importante dans le délit juvénile ; nous croyons pourtant qu'il a surtout un rôle favorisant pour les autres délits, les enfants en vagabondage simple venant relativement rarement devant la justice.

Il s'agit souvent de jeunes sujets fuyant le milieu familial pour des causes purement matérielles, ou par peur de correc-

tions, ou encore après discussions, mais nous croyons, avec P. Bovet, qu'il faut rechercher à la base de ce vagabondage, souvent sans mobile conscient, le *conflit mental* psychanalytique et familial, dont la seule solution est indiquée par le « rêve » et dont la seule réalisation est l'éloignement du domicile.

Ce conflit familial aurait ses racines dans des tendances à la révolte, soit de *vengeance* (Freud), soit d' (Adler) envers le père. La puberté, permettant les représentations sexuelles, y aurait un rôle important.

Quoi qu'il en soit, les troubles du caractère sont le facteur principal, en nombre, du vagabondage (50 o/o environ).

L'explication que nous en avons proposé, l'existence et la fréquence du vagabondage spécial, expliquent que ce délit soit, surtout, le fait, d'une part, des paranoïaques (paranoïa ambulatoire) qui fuient leur milieu pour s'affirmer, dominer et se venger; d'autre part, des *pervers*, qui veulent simplement « mal faire »,... c'est dans ce dernier cas, toujours une « fugue secondaire, logique, combinée, destinée souvent à cacher un méfait » Heuyer).

L'enfant peut encore fuir du domicile familial dans un accès de schizoidie fruste.

Enfin, l'impulsif est souvent coupable de fugues.

Le *vol*, sous toutes ses formes, se voit chez l'instable, dans toutes ses catégories constitutionnelles. De tous temps, ce délit est arrivé en tête des statistiques; le docteur Roubinovitch, sur 300 cas, relève :

Vol simple, 122 cas, soit	46 o/o
Vol et recel, 27 cas, soit	9 o/o
Abus de confiance, 14 cas, soit	4,5 o/o
Escroquerie, 3 cas, soit	1 o/o
Filouterie d'aliments, 2 cas, soit	0,5 o/o
Total	61 o/o

Encore, ici, il s'agit d'un délit commis soit par contagion et entraînement (pervertis, émotifs), soit par impulsion (épileptiques et encéphalitiques), soit d'une façon volontaire et combinée, cas le plus fréquent, qui est avant tout le fait du *pervers*, dont le docteur Heuyer signale avec justesse, la « tendance progressive au vol ».

Le jeune cyclothymique, dans ces accès d'excitation, se rend assez souvent coupable de vol. Par contre, le paranoïaque vole peu — ce n'est guère un véritable délit de réaction personnelle — ainsi que le schizône.

La *pyromanie*, se voit rarement à la ville où les conditions sont peu favorables à l'enfant ou à l'adolescent incendiaire. C'est le véritable délit de constitution qu'accomplit, le plus souvent, le pervers qui en jouit, et dont les instincts de destruction y trouvent leur satisfaction. Le paranoïaque met le feu par vengeance pure.

Enfin, ce peut être encore un simple acte *délictueux impulsif*.

L'infime proportion de 1 sur 300 cas, relevé à la Petite-Roquette, doit être porté à 5 o/o dans les statistiques de province.

Nous arrivons maintenant à des formes de délits qui sont moins fréquemment rencontrées chez l'enfant et cela pour des causes fort compréhensibles de force naturelle :

Cependant la mention « *coups, violence et blessures* » n'est pas encore exceptionnelle, car toutes les catégories constitutionnelles y font leur apport, depuis le *pervers*, agent le plus fréquent, jusqu'au *schizone*, qui se rebelle devant les conditions de vie extérieures qu'on lui impose, en passant par l'*impulsif* et le *paranoïaque* vengeur.

Voici la statistique 1927-28 (sur 300 cas) :

Coups et blessures, 10 cas.	3,5 o/o
Violence à agents, 12 cas.	4 o/o
Bris d'objets d'utilité publique, 4 cas.	1 o/o
Tentatives d'homicide et paricide volontaires, 2 cas.	1 o/o
Total	9,5 o/o

Enfin, avec les *délits par érotisme*, nous arrivons à un domaine qui est presque le fief du *pervers constitutionnel*. Leurs auteurs, ce sont des enfants, qui, d'eux-mêmes, ou entraînés par la contagion, pratiquent la masturbation à l'excès, devenant bientôt eux-mêmes des corrupteurs, et trouvant par la suite les circonstances de milieu favorables, ou se laissant aller au vagabondage, finissant par se livrer, les garçons à la *pédérastie*, intéressée ou non, les filles, à la *prostitution*, l'une et l'autre étant délit caractérisé chez le mineur.

Pour se faire une idée de la fréquence de l'érotisme délictueux chez le garçon, il faut reprendre le 7 o/o de vagabondage spécial de notre statistique en y ajoutant 1 o/o constitué par les outrages à la pudeur, donc 8 o/o environ, représentant à notre avis, une faible partie des adolescents « professionnels » que l'on devrait, et que l'on semble ne pas vouloir arrêter.

Quant à l'érotisme chez les filles mineures, il est traduit

presque uniquement par les cas de prostitution, et nous trouvons à ce sujet une statistique éloquente dans « Tribunal pour enfants » de Miss Chloe Owings (1923) qui parle de 32 cas de vagabondage spécial sur 75 cas (42 o/o), auxquels il faut ajouter 14 autres cas de délits auxquels se joignait la prostitution, ce qui donne une proportion totale de 62 o/o.

Après avoir ainsi défini les grandes catégories de délits de l'enfant instable, donné leurs proportions relatives, et établi une sorte de correspondance très approximative entre délit et constitution, en en fournissant des propositions étiologiques, il nous faut faire un rapide tableau général, en intervertissant les facteurs, pour ainsi dire :

Le *pervers constitutionnel* est le grand facteur de la délinquance juvénile : nous avons vu, en effet, que le pervers était mythomane, vagabond et érotique, voleur, pyromane, criminel à l'occasion.

Le *paranoïaque* viendrait ensuite, puisqu'il est fugueur et qu'il peut être incendiaire, violent et criminel.

Nous classerons ensuite les *schizônes*, les *cyclothymiques*, et les *émotifs* capables de se montrer mythomanes, fugueurs, voleurs et incendiaires.

Enfin les *impulsifs*, dont l'intérêt est moins grand, parce qu'ils sont plus souvent mis à l'abri de la réaction anti-sociale, et dont les impulsions peuvent avoir tous les motifs et tous les buts.

Cette classification est forcément artificielle ; elle n'a que le mérite de la clarté, et aussi l'intérêt de séparer nettement des autres la classe constitutionnelle de la perversion. En effet, à condition d'en isoler les pervers, les pervers doivent être *écartés* (mesure sociale) : alors que le reste des instables doit être *soigné* (mesure médicale).

Nous ne pensons pas du tout, après ce sombre tableau, que les instables doivent être fatalement amenés, un jour ou l'autre, à l'acte délictueux, mais seulement, nous le répétons, que les conditions actuelles d'organisation sont telles qu'elles favorisent, chez la plupart, une telle évolution — et nous ferons nôtre cette phrase du docteur Héuyer : « la tendance à l'acte n'implique pas la fatalité de l'acte, et bien des anormaux, à tendances perverses, restent toute leur vie, innocents de tout acte délictueux. Cette notion est capitale, car elle légitime toutes les mesures qui ont été prises, et qui sont encore à prendre ».

De toutes ces formes de délits chez l'enfant, nous allons donner des exemples et des observations, puis viendra le moment d'examiner le peu qui a été fait jusqu'à présent pour prévenir la réaction anti-sociale juvénile, et la faiblesse des solutions juridiques en cours, pour la correction de l'acte commis, et la prévention de la récidive.

Observation 19. — C... R... (15 ans). Demande de « correction paternelle » pour fugues.

Né d'une union illégitime (mère remariée, avec enfants). Deux fugues, dont la dernière prolongée.

Visites aux parents : sympathiques, mais peu compréhensifs et sans principe d'éducation. Faibles, crient beaucoup sans sévir.

Enfant très influençable ; il préfère être enfermé « pour ne pas être tenté ».

Renseignements : irrégulier, instable, d'intelligence moyenne, peu discipliné. Nombreuses places qu'il a quittées volontairement pour faire des fugues, et où l'on était content de lui, en général.

Se montre *confiant*

Consultation médico-psychologique : Père instable ; mère spécifique.

Développement normal. Bon niveau mental actuel ; instruction inférieure. Sombre, *préoccupé* ou *plein d'entrain*. *Instabilité*. Paresseux. Signes de dégénérescence. *Constitution morbide*.

Propositions : Traitement spécifique régulier. Pour le reste, *rien à proposer*.

Observations 20. — Fr... S... (14 ans). Inculpée d'*outrage public à la pudeur*.

Père décédé en 1923, tuberculose. Mère remariée.

Milieu propre, bien entretenu. Parents *négligents*, beau-père instable et vil.

La fille est *sous surveillance*.

Renseignements : La petite *se tient mal*.

Scolarité irrégulière ; aucun effort. Pas d'apprentissage.

Caractère et conduite : vive, sans rancune. Travail régulier à la maison. *Méfiante*.

A été trouvée avec des garçons dans une situation qui ne permettait pas de doute.

Consultation : *Intelligence moyenne*, supérieure au niveau d'instruction. Indifférence et maniérisme. Développement sexuel précoce. *Amoralité absolue*. Nécessité d'une surveillance en *établissement fermé*.

Observation 21. — D... J... (13 ans). Inculpée de *vagabondage*.

Parents normaux. Union illégitime longtemps prolongée.

Milieu propre, bien tenu, confortable. Parents ouverts.

Renseignements excellents sur les parents

Scolarité : école de six à huit ans. Intelligence faible, « bizarre ». Depuis 10 ans, école de perfectionnement. *Caractère* affectueux et serviable. Mais menteuse, *mythomane*. A *dérobé de l'argent*. Coquetterie, provocation à l'égard des hommes. Dissipée et *inconvenante*. Conduite douteuse depuis quelques mois. Une *fugue* courte ancienne ; au retour, *histoire de viol imaginée* ; deuxième *fugue* récente et de *deux jours*, raconte à nouveau avoir été violée.

Consultation :

Niveau *mental* *suffisant*. Instruction inférieure au certificat d'études. Récit *détailé* du viol.

Expériences sexuelles certaines. Instabilité avec *my'homie perverse*. Indifférence, signes thyroïdiens, signes de dégénérescence. Pronostic sombre.

Conclusion : Enfant perverse, pour qui un internat de sûreté et de rééducation est nécessaire. Devra y suivre un traitement spécifique et un traitement endocrinien.

Nos trois dernières observations nous ont été aimablement fournies par le docteur Heuyer, au Patronage de l'enfance et de l'adolescence (création de M. Rollet) ; on verra combien les enfants y sont suivis médicalement.

Observation 22. — F .. V... (16 ans 1/2). *Fugues*.

Famille de sept enfants. Père 40 ans, *éthylisme*. Mère 37 ans, en bonne santé.

Antécédents : Rougeole, bronchite traînante. Scoliose (refus à la marine). Ecole jusqu'à 12 ans 1/2, certificat d'études. *Pas de retard*.

Élevé à la maison par ses parents, père *alcoolique* et *brutal*. Travaillant chez son père, sans rétribution. *Délit* : a quitté le domicile et est allé aux Halles où il a travaillé pendant quatre nuits. Arrêté à Rambouillet pour *vagabondage*. D'abord en liberté provisoire, puis confié au Patronage.

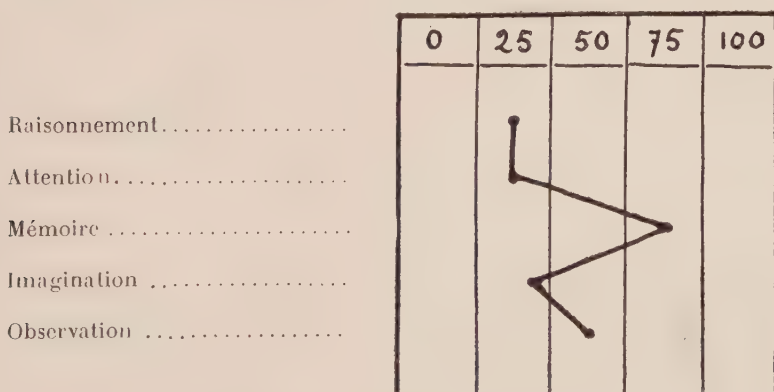
Caractère : affectueux avec sa mère. Demande à travailler et à partir à la campagne.

Sombre et triste. Conduite régulière.

Examens faits au patronage : niveau mental : 15 ans 1/2.

Caractérologie (méthode Woodrow Mathews). Emotivité simple exagérée. Pas de vanité. Moralité théorique bonne. Bonne affectivité.

Profil mental : Niveau 15 1/2. Motilité normale. *Affectivité*, instabilité, tristesse, inquiétude, dissimulation, indiscipline, mésentente, paresse.



Conduite au patronage : Adroit, soigneux, paresseux. Sans intérêt pour les jeux.

Dissipé et sale. Très indiscipliné, hâbleur et provocateur.

Inconscient (ne sait si c'est bien ou mal).

Observation 23. — R... R... (17 ans). *Vols et tentative de vol.*

Enquête de détenu. Cambriolages successifs d'une sacristie d'église, avec un complice mineur.

Père : décédé, journalier. Mère : normale, 7 enfants.

Ecole : jusqu'en 1927, pas de certificat. Emplois *successifs*, actuellement en *chômage*.

Hérédité : Père, pleurésie, alcoolique. Son père était éthylique. Mère : a eu 11 enfants et 7 accouchements prématurés. — Bronchite chronique. — Frères et sœurs : 4 sont morts très jeunes.

Enquête sociale (sauvegarde de l'adolescence).

Santé : né à terme, élevé au sein jusqu'à 4 mois. Marche à 14 mois. Parole à 3 ans. Propreté vers 7 ans.

Pas de convulsions.

Scolarité : « élève très irrégulier, paresseux, malpropre et mal éduqué ». Mauvaise scolarité due surtout à la négligence maternelle.

Emplois : a lassé la patience et la bonne volonté.

Conduite : réputation établie de mauvaise conduite.

Camaraderies douteuses, paresse, caractère difficile, effronterie, saleté.

Milieu familial déplorable. Mère honnête, mais paresseuse et sale. Enfants négligés, réputation de mauvaise conduite

Proposition : *patronage fermé*.

Au patronage :

Avis médical : Perversions morales. Réticence et mendicité. Débilité. Stigmates de dégénérescence. Adiadococinésie,

Tests : niveau 10-12 ans.

Caractérologie : place le sujet dans le groupe des enfants à *émotivité exagérée*.

Tendance hypochondriaque et *schizoïde*. Peu de vanité. Tendance à se sous-estimer. Complexe de culpabilité et de découragement.

Profil mental : Retard scolaire 5 ans. Motilité normale.

Affectivité : suggestibilité, paresse, indiscipline, révolte, dissimulation.

Conduite : s'est montré avenant et docile, aimant à rendre service, esprit assez éclairé, bonne humeur. Discipline.

Observation 24. — B... Y... (13 ans 1/2). *Tentative d'homicide volontaire.*

A frappé son père pendant son sommeil, se trouvant en état d'ivresse favorisé par la mère.

Parents en *instance de divorce* : père buveur et violent. Mère P.G.

Habitudes familiales : mère négligente, inconsciente, éthylique. — Deux frère et sœur. — 1/2 frère a quitté le domicile.

Etudes primaires (sans certificat d'études). Plusieurs emplois.

Strabisme de l'enfance.

A pré-enté, à deux reprises, des « troubles bizarres ». Soigné dernièrement pour troubles cardiaques et nerveux ; il est pris subitement de malaise, éprouve des douleurs au-dessous du cœur, peut à peine marcher, ne voit plus clair et se sent tout brisé.

Récit de l'enfant : aveu de l'état d'ivresse. Prétend avoir été apostrophé par son père. « Il me faisait des scènes perpétuelles et la vie était intolérable »

Fugue ancienne, à la suite d'une dispute avec le père.

Enquête : Aspect intelligent et bien doué, victime du milieu familial. Il semble qu'en le retirant de ce milieu, on arriverait à de bons résultats.

Jugement du Tribunal acquittant le sujet comme ayant agi sans discernement, et le confiant au Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence.

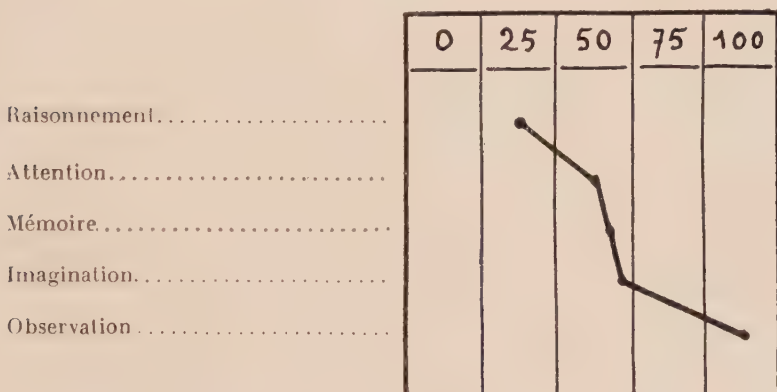
Au patronage :

Avis médical : Pas de débilité intellectuelle, ni de retard scolaire. Troubles du caractère, dispositions paranoïaques, orgueil, tendances à la révolte, alcoolisme, par entraînement maternel.

Tentative d'assassinat de son père; dans un état d'ivresse. Très bien doué et de caractère difficile. A garder le plus longtemps possible, et à mettre en apprentissage.

Profil mental : Niveau normal. Retard scolaire : un an. Motilité lente.

Affectivité, mythomane, mécontente familiale, épileptoidie, fugues, instabilité.



Examen de l'intelligence : normal.

Conduite : adroit, soigneux et travailleur.

Joue avec les camarades. Se comporte bien, se lave, ne réc'ame pas.

Bonne tenue. Caractère entier et volontaire.

Incident : Sur une observation juste, a répondu grossièrement.

Mis immédiatement en cellule, a été trouvé pendu une heure après, avec son cache-nez. Ramené à la vie.

Opinion du docteur : Il faut considérer la tentative de suicide comme sincère. Est dans la ligne du caractère paranoïaque. Commencer un apprentissage le plus tôt possible. A envoyer à la campagne.

CHAPITRE IV

Organisation préventive du délit.

Puisque nous parlons de prophylaxie, c'est bien là le point important; nous l'avons abordé dans le chapitre précédent, nous y revenons ici, en posant la question suivante : qu'avons-nous à proposer aux familles qui veulent faire traiter et rééduquer leurs enfants instables ? A cette question, qui sous-entend que l'on demande, en même temps, les garanties nécessaires, nous sommes forcés de répondre : rien. A une famille aisée, nous proposerons une maison de santé ; à des personnes sans ressources, nous devons, à contre-cœur, parler d'internement... oui sans doute, l'enfant sera dirigé sur une colonie et ce ne sera pas pour lui, véritablement la vie d'asile, mais il sera cependant classé comme aliéné — et par conséquent, comme un déchet social dont on aura plus de peine, dans la suite, à envisager la récupération.

Autant il est, à la rigueur, normal de faire un certificat d'internement pour un enfant lourdement arriéré intellectuellement, autant il est inadmissible d'y consentir pour un jeune troublé du caractère que l'on peut espérer réadapter. Certes, il existe de nombreux établissements privés, laïques ou religieux qui, pour des prix modestes, se chargent de s'occuper de ces enfants, et de les faire travailler, mais à part certains que nous connaissons bien et dont la place est limitée, combien y en a-t-il qui nous donnent ces fameuses garanties médico-psychologiques nécessaires à la confiance et au juste espoir des familles ; combien existe-t-il de ces patronages, de ces maisons privées de « correction et d'éducation » dont on puisse dire qu'il y aura sûrement des résultats, parce que chaque sujet sera l'objet de mesures individuelles basées sur une connaissance médico-psychologique exacte du cas particulier ?

Regardons autour de nous en Europe ! Sans parler de

l'U. R. S. S. qui vit sur un plan par trop différent du nôtre et qui, cependant, sur ce plan, applique tous ses efforts à la « fabrication » d'une jeunesse exempte de tares mentales, jetons seulement les yeux sur l'Allemagne où il semble qu'actuellement, on ait compris qu'une chose dominait : une jeunesse saine, avec le moins de déchet possible, et où cette œuvre de rééducation et d'adaptation est officiellement accomplie ; voyons aussi l'organisation, à ce sujet, des pays du Nord ; puis regardons tout près de nous, en Belgique : là encore, la médecine légale infantile préventive est officiellement organisée.

C'est cette *organisation officielle* qui manque chez nous, et elle manque, non parce que les moyens font défaut, mais parce que l'orientation sociale et politique est tout autre, parce que, chez nous, on ne tourne pas les regards, naturellement, vers la jeunesse, et vers les forces neuves — et parce que nous ne voulons pas faire preuve du dynamisme effectif que nous constatons tout autour de nous.

Nous le répétons : les moyens ne manquent pas pour faire œuvre aussi utile que le serait la création d'établissements officiels (nationaux, départementaux ou municipaux, peu importe la forme !), établissements *médicaux*, dont le personnel dirigeant serait recruté par concours, pour la prévention du délit chez les jeunes instables, par leur rééducation individuelle. Nous croyons même savoir que des offres matérielles ont été faites par des étrangers pour la réalisation de tels projets,.... nous savons aussi que plusieurs « pouvoirs publics » mis en présence de ces offres, n'y ont donné aucune suite.

De lamentables procès ont eu lieu ces dernières années, qui nous ont montré la fréquence des jeunes « fous moraux » ; à chacun d'eux, des experts sont venus dire que l'acte criminel aurait pu être évité, si la famille avait trouvé, pour son enfant, non un asile, non un quelconque patronage, mais un centre médico-psychologique de réadaptation, leur offrant les garanties d'un recrutement et d'une organisation officiels.

Jusqu'à quand va durer cette carence, lourde de responsabilité ?

Faisons le point, cependant, de ce qui, à l'heure actuelle, s'essaye à compenser cette carence, et voyons sur quoi nous

pouvons compter. Si, en haut lieu, nous l'avons dit, les esprits ne sont pas facilement orientés vers ces questions, dans le domaine privé, par contre, un très bel effort est né, ces dernières années, et tend à s'amplifier; il porte sur le *dépistage des enfants anormaux*, et surtout de ceux dont nous nous occupons, les *jeunes instables*.

De nombreuses femmes, compréhensives et dévouées, se sont groupées en une sorte de « service social » juvénile, — dans le domaine psychologique; elles se sont organisées, se sont réparti le travail et se sont rendues indispensables.

Leur but n'est pas de faire œuvre charitable, mais œuvre humaine, et surtout sociale. Nous ne citerons ici que le « Comité français d'éducation et d'assistance de l'enfance déficiente », si intéressant par son organisation très complète de consultations psychiatriques; par la formation qu'elle accomplit d'assistantes de psychologie, « auxiliaires des médecins, des instituteurs et des services sociaux » et d'éducateurs; par ses services de dépistage et de triage, qui se répandent à travers les départements, par le service psychologique organisé près du Tribunal pour enfants — œuvre particulièrement intelligente, qui dépiste et veut soigner.

Et nous parlerons surtout, parce que nous le connaissons bien, pour l'avoir vu au travail, du « Service social de l'Enfance en danger moral ». Créé en mai 1923, sous l'inspiration de Mrs Chloe Owings, reconnu d'utilité publique en mars 1928, ce service n'a cessé de montrer que son utilité était, chaque jour, plus grande. Il est officiellement rattaché au Tribunal pour enfants et adolescents du département de la Seine, et a pour but d'aider les magistrats de ce Tribunal dans le rôle d'éducateurs et de protecteurs de l'enfance, que la loi de 1912 leur a prescrit, sans leur donner, toutefois, les possibilités pratiques de les remplir.

Il y avait, en 1923, une seule assistante sociale; il y en avait 15 en 1928 et le double doit être atteint actuellement. Leur action est triple :

- 1) Faire sur l'enfant et son entourage, des enquêtes sociales et familiales, qui, complétées par les consultations médico-psychologiques et syphilligraphiques du service, documentent le magistrat sur l'histoire de l'enfant et les causes réelles des difficultés à résoudre;

- 2) Proposer des solutions au juge (éducation, soins, changement de milieu);

- 3) Exécuter certaines mesures adoptées et exercer sur l'en-

fant et sa famille une surveillance amicale et une influence éducative.

Mais quel peut être le rôle d'un service tel que celui-ci dans le domaine qui nous occupe actuellement : celui des enfants instables avant toute réaction anti-sociale ? son importance est un facteur des attributions du Tribunal en dehors du délit... en premier chef, la *correction paternelle* et la *demande de déchéance paternelle*. Le S. S. E. s'est borné au début, à ces deux rubriques qui sont bien celles qui donnent le plus de recrues au *dépistage psychologique préventif*. Sur l'inspiration et les conseils dictés par une enquête psycho-sociale consciencieuse, la correction est bien souvent devenue une consultation et le point de départ d'un *effort rééducatif* individuel ; la déchéance paternelle, d'autre part, a précédé l'écartement du jeune sujet d'un milieu qui le pervertissait.

Voici les nombreuses rubriques que comportent les dossiers d'une enquête pour correction paternelle :

- 1) Motif de la demande ;
 - 2) Composition détaillée de la famille ; irrégularités ;
 - 3) Adresses utiles ;
 - 4) Religion et budget (moyenne économique) ;
 - 5) Extraits des renseignements judiciaires ;
 - 6) Récit de la première entrevue au Palais.
- Si les deux parties ont accepté l'intervention du S. S. proposée par le magistrat :
- 7) *Enquête* : visite à domicile (description, impressions) ;
 - Histoire de la famille ;
 - Renseignements *sur la famille* (aux anciens domiciles, au de - nier) ;
 - Renseignements *sur l'enfant* ;
 - a) Hérité ;
 - b) Développement et santé ;
 - c) Scolarité ;
 - d) Apprentissage ;
 - e) Loisirs et lectures ;
 - f) Caractère, à l'école, au travail, à la maison ;
 - Faits *reprochés* (en détail) ;
 - Version de l'enfant ;
 - Désirs des parents.
 - 8) *Consultation médico-psychologique* : suivie de conseils sur le genre de placement.

Le nombre des affaires de ce genre, confiées au S. S. E. n'a fait qu'augmenter d'année en année :

	1929	1930	1931
Correction	139	237	290
Déchéance	128	289	424
	267	526	714

D'autre part, en dehors de tout délit, le service social assiste les parents ou les enfants qui s'adressent spontanément à lui ; l'enquête est faite de la même manière, la consultation médico-psychologique, s'il y a lieu, et dans la mesure du possible, s'occupe du placement et des soins.

Enfin, le S. S. E. dispose, depuis 1928, d'un établissement à Brunoy (Seine-et-Oise), destiné à une mise en observation provisoire, et au triage des enfants dont le cas médical est plus difficile à résoudre, et qu'il faudra envoyer dans des maisons d'éducation appropriées.

De mai 1923 à avril 1929, le S. S. E. a examiné la situation de 2.214 familles, et plus de 4.000 enfants ont été sous sa protection.

Rendons donc hommage à cette organisation privée de la prévention du délit, et rendons-lui un hommage en rapport avec les difficultés matérielles qu'elle rencontre, difficultés qui sont celles que nous avons signalées, et qui montrent, si cela était à prouver, que le dépistage n'est pas tout. Quelle tristesse il y a à voir accomplir ces efforts de chaque jour, lorsque l'on sait que leurs conclusions pratiques vont se heurter à une impossibilité de placement et de réalisation !

« ... Voilà un enfant qui n'est responsable qu'à demi, et qu'il faut soigner ».

« ... Mais comment ? il n'y a nulle part de place lui convenant ! »

Tel est le drame quotidien que termine un jour l'apparition d'une réaction anti-sociale, que l'on *prévoyait*, que l'on *n'a pas pu prévenir*.

Il existe d'autres voies de dépistage des troubles du caractère chez l'enfant : ce sont ces nombreuses consultations neuropsychiatriques infantiles, installées en pleins quartiers ouvriers, où les familles prennent de plus en plus l'habitude de venir, et telles que nous les avons signalées, organisées, par le Comité de l'enfance déficiente ; c'est encore le centre particulièrement actif qu'est le service du docteur Heuyer, annexé à l'hôpital Vaugirard, et où les enfants sont méthodiquement examinés et traités s'il y a lieu ; ce sont ces consultations externes

créées depuis peu dans différents hôpitaux de Paris, et où peut se faire un dépistage facile, grâce à la liaison des différents services ; ce sont enfin des centres indépendants, proprement psychiatriques.

Mais, d'une part, ces organismes sont obligés de faire un dépistage relatif, puisqu'ils ne peuvent aller aux enfants ; d'autre part, la même difficulté les attend : le placement des jeunes instables. Il faut assister à ces consultations pour se rendre compte combien de fois le placement est impossible par manque de place, et combien de fois la famille, résignée cependant à se séparer de son enfant, se heurte à un geste d'impuissance de la part du médecin, et ne remporte... que des conseils !

Et cependant chacun de ces centres de dépistage possède une organisation, soit sous forme d'établissements que contrôle et dirige le consultant lui-même ; soit sous forme de maisons privées, de nature laïque ou religieuse, pour lesquelles on possède des garanties plus ou moins relatives, et où l'on déclare faire, suivant les cas, du « relèvement, de la correction, de l'éducation ou de la réadaptation ». Organisation sans portée, d'abord parce que ces maisons « que l'on connaît » sont presque toujours pleines ; ensuite parce que la dispersion nuit aux efforts communs !

Existe-t-il cependant, dans le département de la Seine, un seul établissement officiel donnant aux familles toutes les garanties ? Oui, et il est unique, à notre connaissance : c'est l'*Ecole Théophile-Roussel*, à Montesson.

Pour montrer quel est exactement son rôle, nous ne pouvons mieux faire que de citer cet extrait d'un rapport du directeur de l'Ecole : « ... on ne s'est donc pas tant attaché à l'inexorable « correction de l'enfance coupable » qu'à l'assistance de l'enfance difficile et malheureuse. Là où la discipline familiale s'est avérée incapable, indigne ou impuissante, une étude attentive de la nature complexe de l'enfant a conduit à recommander la mise en œuvre d'un moyen supérieur dans la hiérarchie de l'éducation : l'école, qui ne se présente point à l'enfant comme un établissement pénitentiaire ou une maison correctionnelle où il doit expier, parfois avec quelle rigueur, les premiers errements coupables, mais où il doit subir une discipline assez forte et une vigilance assez soutenue pour qu'il perde l'espoir d'y voir s'invétérer ou s'aggraver ses mauvais instincts. Tel est précisément le rôle de l'école Théophile Roussel ».

La correction remplacée par l'école, dans un cadre médico-psychologique, voilà bien le caractère de cet établissement unique !

Il y a peu de mois encore, les consultations diverses, le service social, les tribunaux, les écoles envoyaient à Montesson, des enfants difficiles, afin d'y profiter de son enseignement et de ses chances de réadaptation ; à l'heure actuelle, il n'y a plus une place et il n'y en aura pas de longtemps. L'établissement est peuplé de 231 enfants ; avec une autre répartition des locaux, il pourrait donner asile à 310 élèves. On y refuse les *pervers*, pour éviter tout mélange pouvant nuire à l'amendement de ceux qui doivent être rééduqués ; on rejette aussi les enfants frappés de grosses tare physiologiques et biologiques.

L'admission va de 7 à 13 ans, et l'âge maximum de séjour est de 16 ans. Il s'agit presque toujours d'enfants ayant un retard scolaire plus ou moins important, parmi lesquels se trouvent des arriérés simples, et de nombreux *troublés du caractère*, cohabitation qui, à notre sens, aurait dû être évitée.

Nous avons visité l'école Théophile-Roussel, et, sans parler même des services domestiques et techniques, nous avons été frappé par sa parfaite organisation, son hygiène et sa propreté, par l'atmosphère de discipline qui y règne, en accord avec une surveillance très souple, par l'air heureux et sain de la plupart des enfants. Nous avons vu les différents pavillons, les classes dans lesquelles sont triés les enfants suivant leur niveau scolaire, avec le système dit de « demi-temps » pour les grands retardés... classes qui doivent les mener jusqu'au certificat d'études. Nous avons parcouru les ateliers professionnels (bois, fer, horticulture) qui doivent fournir à l'enfant un métier sur à sa sortie. Nous avons admiré les dortoirs divisés en cases individuelles spacieuses et aérées. Nous avons apprécié la qualité des maîtres de l'enseignement primaire, et de l'enseignement professionnel, choisis avec soin pour cette tâche, où il faut faire preuve de fermeté sans brutalité, appliquant les règles de la discipline la plus stricte en réprouvant toute punition corporelle et toute privation alimentaire. Un fait à signaler : trois instituteurs, chefs de pavillons, n'ont encore, depuis 20 ans, jamais puni un enfant.

Nous ne parlons que pour mémoire des services de l'infirmerie, propres, clairs, et des soins médico-chirurgicaux purs, fort bien organisés. Et nous insistons sur ce fait que chaque enfant est vu, une ou plusieurs fois, suivant les cas, par le docteur Paul-Boncour ; son examen médico-psychologique

prend une importance capitale, et ses conclusions désignent, pour chaque sujet, les méthodes éducatives à lui appliquer.

Nous ne pouvons nous étendre plus longuement sur un établissement qui le mériterait, quand ce ne serait que par son caractère unique. Les résultats sont ceux que l'on devrait avoir partout, ils sont rendus tangibles par le rapprochement de deux documents : le certificat d'indiscipline, signé de l'instituteur, et qui a précédé l'entrée à l'école ; la fiche d'enquête, remplie un certain temps après la sortie.

En voici deux exemples, sur cent, que nous avons sous les yeux :

1 V... M.

Certificat d'indiscipline : Le jeune V. M. est un enfant très paresseux et manquant absolument de franchise. Par suite, à toute observation, il oppose la force d'inertie complète.

De plus, pour éviter les petites sanctions auxquelles il s'expose, soit à l'école, soit dans sa famille, pour cette paresse invétérée, il se montre extrêmement menteur.

Enfin, toujours pour éviter les sanctions méritées à la suite de la perte d'objets scolaires, ou pour tout autre motif, le jeune V. aurait quelques tendances au vol.

Fiche d'enquête : conduite : très bonne.

Travail : très bon ; profession : travaille avec son père (plombier) ; le travail lui plaît beaucoup. Très sérieux.

2 C... A...

Certificat d'indiscipline : Cet enfant qui ne manque pas d'intelligence, se trouve encore dans le cours préparatoire, à cause de sa paresse, de ses absences répétées et de ses instincts de vagabondage ; il y a un véritable intérêt social à enlever cet enfant à l'attrait de la rue, étant donnée l'impuissance de la famille à le conserver auprès d'elle.

Fiche d'enquête : Conduite : bonne.

Travail : bon ; Profession : apprenti.

Caractère : sa grand'mère avec qui il demeure, n'a qu'à se louer de la bonne influence exercée sur lui.

L'impression est réconfortante qui se dégage de la visite d'un tel établissement, et l'on se dit que tout n'est pas perdu, puisque, de ce que nous attendons et espérons, il existe un véritable germe, qui *doit grandir* et offrir un jour, à toutes les familles, la possibilité de rééducation, de réadaptation sociale, à tous ces jeunes instables constitutionnels, qu'il faut écarter de leur ambiance et soigner, si l'on veut vraiment faire de la prophylaxie, dans le domaine de la délinquance juvénile.

Mais que de chemin à parcourir encore ! et comme l'on est effrayé à la pensée que l'on n'a pas pris encore en considération, la proposition déjà ancienne, de la fiche scolaire médico-psychologique ! c'est cependant à cette source première qu'il faudra remonter pour que soit organisée l'armature sociale de la prévention du délit par troubles du caractère chez l'enfant et l'adolescent.

CHAPITRE V

Après l'acte anti-social

« Prophylaxie actuelle » de la récidive.

Trois quarts de siècle nous séparent seulement de la juridiction commune aux adultes et aux mineurs délinquants; il y a 80 ans encore, l'enfant coupable était jugé d'après la générale conception de défense sociale : asile ou prison. C'est avec la loi de 1850 que s'est introduit le principe selon lequel « l'enfant condamné doit être rééduqué ».

Nous renvoyons à notre avant-propos sur les diverses lois et mesures qui ont suivi et se sont inspirées de ce principe, et nous ne livrons cette considération d'un délai aussi court, que pour excuser en partie le fait que si peu ait été accompli par rapport à ce qui reste à faire, en ce domaine de l'enfance délinquante.

La date qui compte véritablement pour nous, c'est 1912, marquant la création du Tribunal pour enfants, et instituant la « Liberté surveillée ». Jusqu'à ce moment le régime n'avait guère varié en réalité, et lorsqu'il ne s'agissait pas de prison ou d'asile, c'est parce qu'il était question de maison de correction ou de colonie pénitentiaire.

A partir de 1912, au contraire, une évolution nette s'est produite, parce que l'on a commencé à s'organiser, dans ce sens que le facteur judiciaire n'a plus été le seul à jouer, et que, s'apercevant que l'enfant est un terrain psychologiquement et socialement délicat, la justice s'est entourée de précautions et de conseils, faisant appel, avant de prendre position, d'une part, à l'élément que l'on ne doit pas nommer charitable, mais simplement social; d'autre part, à l'élément modérateur médico-psychologique. C'est avec la loi de 1912 qu'a été fait un pas timide dans la période médicale, succédant à l'ère trop longue de la philanthropie pure.

La loi du 22 juillet 1912, complétée par le règlement d'administration publique du 31 août 1913 et entrée en application

le 5 mars 1914, spécifie, dans son article premier, que : « le mineur de l'un ou l'autre sexe de moins de 13 ans, auquel est imputée une infraction à la loi pénale, qualifiée crime ou délit, n'est pas déféré à la juridiction répressive ». Déféré devant la Chambre du Conseil du Tribunal civil, il pourra être soumis, suivant les cas, à des mesures de tutelle, de surveillance, d'éducation, de réforme et d'assistance ». C'est seulement, s'il y a prévention de crime, fait rare, que le juge d'instruction pourra, par ordonnance, « décider que l'enfant sera détenu dans une maison d'arrêt ».

Le fait que le mineur de 13 ans sort de notre sujet, et d'autre part, la netteté des dispositions juridiques à son égard, nous permettent de ne pas nous y arrêter plus longtemps.

Le titre II de la même loi régit l'instruction et le jugement des infractions à la loi pénale, imputables aux mineurs de 13 à 18 ans.

1° *Instruction*. — L'enfant peut être soit envoyé en prévention « officielle » et mis à la garde de l'administration pénitentiaire, soit confié à sa famille, à un parent, à une personne digne de confiance, à une institution charitable reconnue d'utilité publique, ou à l'Assistance publique.

« Le magistrat instructeur soumet, s'il y a lieu, le mineur à un examen médical ».

2° *Jugement*. — « Au Tribunal de la Seine et dans les Tribunaux composés de plusieurs Chambres, il est formé une Chambre spéciale, dite Tribunal pour enfants et adolescents, chargée de juger les mineurs de 13 à 16 ans auxquels sont imputés des crimes ou des délits, et les mineurs de 16 à 18 ans qui ne sont inculpés que de délits ». Suivent les articles concernant les conditions des audiences, et la procédure à appliquer aux mineurs complices de sujets adultes.

Enfin, la loi de 1912, par son titre III, institue la « *liberté surveillée* » pour les mineurs délinquants de 13 à 18 ans, en ces termes : « le Tribunal peut prononcer provisoirement la mise en liberté surveillée d'un mineur de 13 à 18 ans, sous la garde d'une personne ou d'une institution charitable, qu'il désigne et dont il dirige l'action ». Pour la direction et le contrôle de cette mesure, le Tribunal désigne des délégués à la liberté surveillée, les choisissant de préférence parmi les membres des sociétés de patronage et des institutions charitables agréées. Des rapports réguliers doivent être fournis et, en cas de mauvaise conduite du sujet ou de péril moral, un

« incident à la liberté surveillée » peut à tous moments être créé, amenant la citation du mineur en garde, ainsi que des personnes chargées de la garde. Il peut être alors statué différemment.

Peut-être avons-nous exposé un peu longuement les détails de cette loi de 1912, mais c'est elle qui régit presque entièrement la juridiction appliquée aux mineurs délinquants, et il est nécessaire d'en bien connaître le contenu pour l'examen méthodique que nous allons en faire, et les critiques que nous voulons porter, sinon à elle-même, du moins à son application actuelle.

Remarquons seulement dès maintenant que la part officiellement dévolue au médecin est exprimée en une ligne, et présente un caractère facultatif... mais nous y reviendrons.

Voici comment nous allons procéder, divisant notre étude en trois parties :

PRÉVENTION,
JUGEMENT,
APRÈS LE JUGEMENT.

Nous allons examiner, dans chacune, *ce qui est*; nous insisterons sur les deux points importants : *prévention* et *liberté surveillée*. Et, à ce dernier sujet, nous établirons une comparaison rapide entre les institutions analogues des divers pays.

Nous basant sur des statistiques officielles — et plus officieuses — nous montrerons que les résultats ne sont pas ceux que l'on aurait dû attendre, et nous verrons enfin que bien des choses sont à modifier!

1° PRÉVENTION.

Nous savons que le magistrat instructeur peut, avant tout jugement, quant au fond, confier le délinquant mineur à la garde de ses parents, assistés ou non d'une personne de confiance désignée par lui, ou aux soins d'une institution charitable reconnue d'utilité publique : c'est une *liberté surveillée* préliminaire au jugement. Mais, en raison des conditions et de la nature du délit, et si la liberté surveillée lui paraît difficile à contrôler, le juge d'instruction peut aussi remettre l'enfant à l'administration pénitentiaire.

La prévention du mineur de 13 à 18 ans peut donc avoir, suivant les cas, un caractère absolument différent.

a) *Prévention en liberté.*

Tandis que se constitue le dossier proprement judiciaire, les œuvres d'assistance sociale se chargent de l'enquête, qui viendra, dans une certaine mesure, orienter le jugement. Et c'est ici qu'intervient à nouveau la si précieuse action du Service social de l'enfance en danger moral; on peut se rendre compte de l'importance, sans cesse croissante, de sa mission, par l'examen des chiffres des enquêtes qui lui ont été demandées (pour les mineurs 13-18) :

1929	1930	1931
309	322	961 sur 1572.

L'enquête fournie par le S.S.E. est extrêmement consciencieuse, et donne à peu près tous les éléments utiles, au point de vue social; elle est confiée à une assistante qui s'en charge intégralement, se rendant aux différents domiciles de la famille, obtenant sur celle-ci des renseignements des voisins, aussi bien que des maîtres scolaires et des employeurs sur l'enfant lui-même, se préoccupant des moyens budgétaires, et tenant compte du milieu social, convoquant l'enfant au siège de l'œuvre pour des entretiens, et pour un examen médico-psychologique. Ce dernier permettant d'établir des conclusions sur le genre de décision qui semble devoir être appliquée au sujet prévenu.

Voici d'ailleurs le plan suivi par chacune de ces enquêtes, pour information judiciaire :

- 1° *Énoncé du cas;*
- 2° *Composition de la famille, adresses utiles, région;*
budget : moyenne économique;
- 3° *Extraits des renseignements judiciaires;*
- 4° *Enquêtes :* a) *visite à domicile (impressions);*
b) *histoire familiale;*
c) *renseignements sur la famille;*
d) *renseignements sur l'enfant;*
e) *hérédité;*
f) *développement et santé;*
scolarité;
caractère : à l'école;
à la maison;
- 5° *Faits reprochés : délit;*
version de l'enfant;
opinion et désirs des parents;
- 6° *Consultation médico-psychologique;*
- 7° *Conclusion : Proposition de solutions aux magistrats.*

Cette enquête dure un mois environ, et son résultat, le rapport, est entre les mains du juge du Tribunal, lors de la citation du prévenu ; à ce moment, du reste, l'assistante est présente et il lui est loisible, sur la demande du juge, de fournir des renseignements complémentaires et de proposer des solutions.

Par conséquent, excellente organisation sociale à laquelle nous nous permettrons de faire un léger reproche : il nous a semblé que certains prévenus libres ne bénéficiaient pas de l'examen médico-psychologique, que nous considérons comme capital, et qui devrait être systématique.

En novembre 1931, une commission des affaires criminelles a décidé d'étendre, aux prévenus libres des deux sexes, l'*obligation* d'un examen médico-psychologique. A l'heure actuelle, ce projet est toujours *en voie* de réalisation. Jusque à quand ?

b) *Prévention pénitentiaire.*

Tous les mineurs délinquants des deux sexes, confiés à l'administration pénitentiaire, et en détention préventive, sont, depuis le changement d'affectation de la Petite-Roquette, réunis à Fresnes, dont une partie porte le nom de « maison d'éducation surveillée ».

Nous nous sommes rendus à Fresnes, et après une visite que guida aimablement M. le sous directeur, nous ne remportâmes en aucune façon l'impression qui s'attache au terme de détention. Ce sont des bâtiments de prison — et cependant, il est sensible que l'on s'est attaché à ce qu'il s'agisse à peine d'une prison ; du moins pour les jeunes prévenus — puisque la maison d'éducation surveillée comprend quatre catégories d'enfants :

Sujets en correction paternelle — très rare ;

Prévenus ;

Enfants jugés et en attente de colonie pénitentiaire ;

Enfants punis d'une peine de prison de moins d'un an.

Quartiers spacieux et bien séparés de ceux des adultes, préaux pour la vie en commun, cellules individuelles où l'enfant a toute sa liberté de travail et de lecture, enseignement par l'image, exercice physique tenant une place primordiale, punitions rares et bénignes — telle est l'impression générale qui se dégage d'un lieu qui fait honneur à des conceptions humaines et compréhensives !

Mais nous voulons nous préoccuper surtout de l'assistance médico-psychologique qui entoure le jeune prévenu. L'orga-

nisation en est *parfaite*, et nous verrons cependant que sa portée pratique reste relativement minime. Elle est quadruple et due à la collaboration du psychiatre, du médecin vénéréologue, du maître scolaire, et de l'assistance sociale. De la même façon que, pour les prévenus libres, a lieu une enquête ; elle est confiée à des services dont nous n'avons pas eu l'occasion de parler encore : Association des délégués à la liberté surveillée ; sauvegarde de l'enfance ; marraines sociales ; et son délai est celui de la prévention : un mois environ. Ses résultats et ses conclusions sont à la disposition du juge appelé à décider du sort de l'enfant.

A cette enquête se joint un dossier « scolaire », psychologique, sous forme d'un cahier tenu par l'enfant, mis au courant et annoté par des membres de l'enseignement primaire particulièrement désignés. Le juge peut, en outre, se renseigner sur l'état des réactions humérales, pratiquées systématiquement chez chaque enfant.

Enfin, il a sous les yeux une consultation médico-psychologique complète, rédigée dès les premiers jours de l'entrée, et tenant compte du comportement évolutif du jeune délinquant durant sa prévention de six semaines au maximum. Nous voulons, ici, insister davantage. La création de ce service d'examen médico-psychologique est très récente, puisqu'après un « essai » datant de 1927, il n'a été organisé en détail qu'au début de 1930 ; sous la direction du docteur Roubinovitch, il fonctionne maintenant parfaitement, et son utilité se manifeste chaque jour davantage ; l'examen porte sur l'étude de l'enfant en général, de son état physique, intellectuel et moral, sur ses antécédents, son hérédité, sa famille, son *curriculum vitæ*, etc.

Une solution est proposée, et « le Tribunal souverain juge, prend sa décision avec plus de documentation, moins d'hésitation, et, avec d'autant plus de sûreté qu'il est mieux renseigné ».

... Ainsi s'exprime le rapport officiel sur le Tribunal pour enfants, nous éclairant fort bien sur l'intérêt que peut avoir un tel service, mais nous renseignant peu sur *l'intérêt réel* qu'il a dans la pratique actuelle.

Voici les principales directives du Parquet concernant le service en question :

- 1) Borner les examens aux mineurs détenus de la région parisienne ;
- 2) examen dans l'ordre du registre d'écrou ;

3) le juge d'instruction a la faculté de « réserver » certains cas;

4) relever le nom du juge d'instruction qui s'en occupe, pour pouvoir consulter sur place le dossier judiciaire;

5) y joindre l'enquête du service social en double exemplaire;

6) délai accordé : trois semaines au maximum;

7) classement méthodique nécessaire;

8) poursuivre l'examen si l'enfant est remis aux parents ou confié à une œuvre.

Pour confirmer nos chiffres et nos taux d'instables par rapport à la délinquance juvénile, nous avons, dans notre chapitre consacré aux délits, exposé les résultats du service médico-psychologique, tels que le docteur Roubinovitch les avait fournis au Congrès de médecine légale de 1928. Nous n'avions pas dit, alors, que tout en se déclarant heureux de l'essai tenté enfin dans cette voie médicale, l'auteur ne pouvait se dire complètement satisfait, et exprimait des regrets qui, se rapprochant des nôtres, restent encore d'actualité, cinq ans après.

Constatant probablement combien peu souvent étaient entendues les conclusions médicales et suivies les solutions véritablement psychologiques, il exprimait le vœu que l'on procédât « à l'organisation d'un service médico-psychologique près du Tribunal pour enfants », tel que celui que prévoyait la commission des affaires criminelles, qui fonctionnerait dans un dispensaire voisin du Palais de Justice, véritable centre d'observation et de « triage », que continue probablement à se proposer de créer le Ministère de la Justice.

Nous concluons donc que, mises à part les importantes critiques que nous avons formulées, la prévention du jeune délinquant est, *théoriquement*, bien organisée, à la fois du point de vue social et du point de vue médico-psychologique. C'est en étudiant maintenant le jugement lui-même que nous nous apercevrons que cette théorie, non mise *intégralement* en pratique, ne peut avoir de résultat.

De cette absence de résultat, les conséquences se montreront d'elles-mêmes.

2. — JUGEMENT. — DEVANT LE TRIBUNAL.

La France n'a pas été la première, loin de là, à créer des Tribunaux pour enfants et adolescents, et c'est dans l'Etat de

Chicago que prit naissance, en 1899, le premier organisme analogue.

A l'heure actuelle, presque tous les pays possèdent une juridiction spéciale pour les mineurs délinquants, dont le manie-
ment est confié à une « Chambre » spéciale, et à des juges compétents.

Citons quelques exemples :

En Belgique, la loi du 15 mai 1912, sur la protection de l'enfance, institue un juge unique à qui est confiée l'application de mesures spéciales par rapport aux mineurs ; cette loi parle d'une œuvre de réformation, mais exige, pour qu'elle soit essayée, qu'existe un fait matériel imputable à l'enfant ; elle propose l'usage des peines réduites (maximum de deux mois pour la maison d'arrêt) et de mesures de « garde, d'éducation et de préservation ». La compétence du juge est étendue en matière d'instruction obligatoire. La loi organise le régime de la liberté surveillée, ainsi que le placement dans des *établissements de l'Etat*, toutes mesures restant provisoires.

L'examen médical est facultatif.

La Belgique enregistrerait ces dernières années, une baisse de la criminalité infantile.

En Allemagne, deux lois régissent la juridiction applicable aux mineurs délinquants, la loi de 1922 sur la protection de la jeunesse, celle de 1923 sur les tribunaux pour mineurs. Elles prévoient, l'une, des tribunaux de tutelle, l'autre, des tribunaux pour mineurs, dont la compétence porte sur les enfants de 14 à 16 ans, les mineurs de 14 ans n'étant pas soumis au droit pénal. Point important, les mêmes autorités peuvent intervenir dans le cas d'adolescents qui n'ont pas commis d'infraction, mais dont la situation présente un danger pour eux-mêmes ou pour la société.

L'information préliminaire a le même aspect que chez nous, l'examen médical y reste facultatif. Au point de vue procédure, si certaines mesures éducatives paraissent suffisantes, le Parquet peut, avec le consentement du juge spécial, *s'abstenir de toute accusation*.

Ici encore, on parle de peines réduites, et de mesures éducatives : « réprimande, remise à la discipline familiale et scolaire, placement, patronage, éducation protectrice ».

On ne peut noter qu'un fait : l'emploi des mesures éducatives augmente ; celui des peines diminue.

Au Danemark, la compétence des tribunaux ordinaires subsiste, mais les peines sont autres : réprimande, placement, éducation individuelle, éducation en commun.

En outre, la loi du 12 juin 1922 organise des « conseils de tutelle » auxquels sont soumis les mineurs de 18 ans. L'intervention de ces conseils a lieu (et dans ces cas, il leur arrive d'ordonner que l'enfant soit enlevé à la garde de ses parents pour être placé dans des *établissements nationaux*), lorsque le mineur a fait preuve d'un caractère particulièrement difficile ou d'une très mauvaise conduite, lorsque les parents sont vicieux, montrant une négligence grossière ou manquant des facultés nécessaires pour élever leurs enfants, de sorte que ceux-ci se trouvent exposés à une corruption morale ou à un manque de soin.

En Suède, il s'agit de la loi sur la *protection sociale* de l'enfance (6 juin 1924) mise en vigueur en 1926.

C'est une loi décentralisatrice, créant dans chaque commune civile un *conseil de protection de l'enfance*. Autour des juges, se trouvent réunis un ministre du culte, un instituteur et des personnes dévouées à l'enfance. Leur rôle est grand, surtout durant la prévention.

Aux Etats-Unis, la juridiction diffère suivant les Etats qui possèdent presque tous des tribunaux pour enfants ; mais de l'aveu même de l'enquête de la S. D. N. en règle générale, ces tribunaux « ne possèdent pas encore les moyens de procéder à une instruction approfondie de toutes les affaires importantes, en faisant état des facteurs sociaux, psychologiques et mentaux. Un très petit nombre de ces tribunaux ont pris des dispositions appropriées pour procéder à l'examen physique et mental des enfants ».

Enregistrons les vœux que l'on forme là-bas, puisque, paraît-il, « on réunit actuellement une documentation abondante et on approfondit les méthodes techniques dont on fera un usage croissant dans l'avenir ».

Après ce rapide tour d'horizon mondial, rentrons chez nous et examinons en détail le fonctionnement de nos tribunaux spéciaux. Nous bornerons, du reste, notre étude au Tribunal du département de la Seine.

Passons rapidement sur ce qui concerne les mineurs de moins de 13 ans ; comme nous l'avons dit, ils sont déférés devant le

tribunal civil statuant en Chambre du conseil, et la loi prévoit pour eux :

- soit la remise pure et simple à la famille ;
- soit cette remise sous le régime de liberté surveillée ;
- soit le *placement* jusqu'à la majorité : chez une *personne de confiance*, dans un *asile* ou un *internat approprié*, dans un *établissement d'anormaux*, dans une *institution charitable*, reconnue d'utilité publique ou désignée par arrêté préfectoral ;
- soit la remise à l'Assistance publique.

Arrivons-en aux mineurs de 13 à 18 ans, ceux qui nous intéressent particulièrement, ceux qui sont déférés devant le Tribunal spécial. Nous le savons, les délinquants à juger sont, soit des prévenus libres, accompagnés par leur famille ou par un délégué à la surveillance de sa liberté, soit des détenus provisoires venant de Fresnes, et entourés de deux agents de l'autorité.

Parmi les premiers, il est un groupe d'enfants pour lesquels, le plus souvent, l'action juridique est rapidement accomplie, c'est celui où il s'agit de « correction paternelle » ; après un rapide interrogatoire de l'enfant, après avoir consulté le dossier social et avoir fait exprimer leurs vœux aux parents, le juge prononce une admonestation sans grande sévérité, et qui n'a rien de solennel, et le sujet est rendu à sa famille ou placé dans un patronage, après avoir été averti des peines qui l'attendent, s'il reparait devant le Tribunal.

Nous évoquons le cas fréquent de « correction paternelle », quoiqu'il ne s'agisse pas de sujets délinquants, parce que les solutions simplement inspirées du principe du « respect de l'enfant » et non de la nécessité possible d'un traitement médical, ne nous paraissent en aucune façon effective, par leur tiédeur et leur neutralité et que, devant les statistiques que nous mettrons sous les yeux, elles devraient laisser place à une notion plus absolue que nous défendrons et qui se traduit par : *tout ou rien*.

Pour ce qui est des délinquants véritables, le tribunal juge suivant qu'il est « prouvé » que le sujet a agi sans discernement ou avec discernement.

Dans le premier cas, l'enfant peut se voir appliquer trois sortes de mesures :

- la remise aux parents, avec ou sans le régime de liberté surveillée ;

— la remise à une personne ou à une institution charitable, avec liberté surveillée ;

— l'envoi dans une colonie pénitentiaire jusqu'au terme fixé par le Tribunal mais sans que ce terme puisse excéder l'époque où le mineur aura atteint l'âge de 21 ans.

Dans le cas, et il est rare, où le sujet « a agi avec discernement » il peut être condamné aux mêmes peines que les adultes, lorsque son âge est de 16 à 18 ans ; à la moitié au plus de ces peines, lorsqu'il s'agit d'un mineur de 16 ans,

Cette juridiction est socialement excellente ; elle est juste, et elle montre que l'on s'est inspiré des nouvelles acquisitions psychologiques. Mais son exactitude est limitée à son énoncé et à ses principes ; son application demande, d'une part une connaissance précise de chaque cas individuel et une grande délicatesse ; d'autre part, des possibilités pratiques qui n'existent pas.

Rendre à la famille, c'est fort bien, lorsqu'il est évident que l'enfant a agi sans discernement ! mais prendre la même mesure lorsque, dans ce milieu familial, il est aussi évident que l'acte se reproduira, cela est irrationnel. C'est cependant ce qui se passe.

En effet, pénétrons dans la salle obscure où siège le Tribunal pour enfants, et assistons à une audience.

Nous nous associons d'abord volontiers, quoique nous les considérons comme s'attaquant à des faits assez superficiels et difficilement évitables, aux critiques formulées en ces termes par Miss Chloé Owings : « L'interrogatoire semble dirigé comme si l'on était en présence d'accusés adultes et non d'enfants. Ceux-ci, déjà désorientés par l'aspect confus et le bruit de la salle, ne sont pas davantage rassurés par le Tribunal. La voix sévère du président et son attitude gênent leur liberté d'expression, provoquent de la confusion dans leurs idées et les détournent des explications simples et loyales, dont ils auraient tant à gagner... etc »

Félicitons-nous déjà que ces audiences aient lieu devant un public fort réduit, ne comprenant à peu près que les intéressés ; réjouissons-nous aussi que les débats ne soient pas semblables à ceux que nous voyons dans les Chambres voisines, et où il ne s'agit souvent que de superficiels tournois d'éloquence ; regrettons en effet que ces jugements ne se rendent pas dans un local clair et aéré, dans le calme qui conviendrait à la solution de « cas » humains et scientifiques à la fois, et qu'ils ne soient pas prononcés par des *juges spéciaux*, ayant une formation

pédagogique et un véritable « amour » de l'enfance, dont les admonestations seraient effectives par leur *sincérité* dans la sévérité et l'indulgence à la fois, et dont les décisions feraient preuve, à chaque instant, de la volonté agissante d'*empêcher à l'avenir*.

Pour nous, nous avons été frappés par deux faits qui se lient l'un à l'autre : le peu de cas que l'on paraît faire des propositions médicales qui, le plus souvent, sont sous les yeux du Tribunal ; le nombre des sujets que l'on rend à leur famille, en général sous le régime de la liberté surveillée ; les condamnant d'une part, à ne pas être suivis psychologiquement, les exposant, de l'autre, à des récidives.

Nous ne sommes pas les seuls à penser ainsi ; et cet avis, nous le rencontrons, extrêmement autorisé, sous la plume du docteur Roubinovitch, lorsqu'il dit : « on rend trop à la famille » et lorsqu'il ajoute : « il y aura lieu de procéder à l'organisation d'un service médico-psychologique près du Tribunal pour enfants ». Il parle aussi de la « nécessité d'une maison d'observation annexée au Tribunal » et surtout d'un entretien, d'une *collaboration* entre le magistrat et le psychiatre.

En effet, du moment qu'est admis le principe de la consultation médico-psychologique systématique du prévenu, puisque l'on en aperçoit la nécessité, il faut, en toute bonne foi, que les conclusions médicales restent les juges en dernier ressort, et c'est là que nous voyons apparaître le « *tout ou rien* ».

Rien ? cela veut dire, pour nous, juger mécaniquement et, indifféremment, renvoyer tous les enfants chez eux comme non responsables, ou les envoyer tous en colonie pénitentiaire, ou en prison, comme devant être punis. Ce n'est ni l'un ni l'autre que vous désirez, Messieurs les Juges, puisque votre juridiction reconnaît le principe de la responsabilité relative à l'état mental du sujet !

Alors, *c'est tout*, c'est-à-dire la collaboration intime avec le médecin qualifié, la primordiale absolue des conclusions médicales, votre rôle consistant à décider souverainement suivant ces dernières conclusions !

Ainsi, il y aura moins de récidives, car il y aura moins d'enfants anormaux en liberté plus ou moins surveillée, et il y en aura bien davantage en voie de rééducation dans des établissements officiels et créés pour eux...

Mais on s'aperçoit alors que l'origine première est plus profondément située.

En effet, pourquoi abuse-t-on de la liberté surveillée ?

— Parce que l'avis médical est loin d'être toujours suivi !

Pourquoi le Tribunal ne suit-il pas cet avis ?

— Parce que cela lui est impossible : *il ne sait où placer les enfants.*

Combien de fois, en effet, au cours d'une audience, entend-t-on des interrogations comme celle-ci : « Est-ce plein à X... ? Y a-t-il encore des places à Y ? » Et alors combien de fois, sur réponses successivement négatives, se résout-on à la formule, humainement vraie, fausse médicalement — et socialement, puisqu'elle favorise la récidive — de la liberté surveillée !

Par des statistiques, nous montrerons plus loin que les résultats ne sont pas ceux que l'on pouvait attendre ; nous allons auparavant étudier *ce qu'est la liberté surveillée.*

3. — APRÈS LE JUGEMENT. — LA LIBERTÉ SURVEILLÉE.

Nous ne parlerons pas des mineurs délinquants, que nous considérons comme formant un groupe d'enfants socialement perdus, que le Tribunal condamne à des peines de prison.

Des colonies pénitentiaires, que dire ? Les mineurs y apprendront peut-être à travailler, mais sans directive psychologique, et nous doutons qu'ils y apprendront à aimer le travail. Il en existe encore une dizaine pour les garçons, dont huit agricoles, une agricole et maritime, et deux industrielles ; trois pour les filles.

Elles sont mieux organisées actuellement et les enfants y sont groupés, suivant trois sélections successives :

- première sélection *de santé,*
- deuxième sélection *d'âge,*
- troisième sélection *de profession.*

L'orientation professionnelle paraît y être bien respectée, quoique non toujours basée sur des méthodes scientifiques. Nous pensons cependant que rien n'est à espérer de ce côté, un processus répressif n'ayant jamais réussi à améliorer un pervers, ni encore moins à rééduquer un troublé du caractère.

Le délinquant, psychiquement normal, enfin, n'y trouvera pas non plus le salut, s'il y a trouvé la « correction ».

Il est exceptionnel que, vues la bénignité du délit et la garantie qu'apporte le milieu familial, l'enfant déferé devant le tribunal soit purement et simplement rendu à sa famille, après admonestation au sujet et recommandation aux parents.

La *liberté surveillée* est la décision prise le plus souvent de beaucoup, que le délinquant soit remis à sa famille, ou qu'il soit confié à un patronage.

Le but du régime de la liberté surveillée, légalisé par les articles 21 à 25 de la loi de juillet 1912, est « d'éviter l'emprisonnement qui est souvent inefficace, qui n'est pas le châtimement qui convient aux légers délits et qui, de plus, est souvent corrupteur pour la jeunesse ». Mais d'autre part, la vie en liberté, soit en famille, soit au sein d'un foyer étranger, ne peut fonctionner que si elle est accompagnée d'une surveillance efficace et d'un contrôle du genre d'éducation donnée aux enfants par leurs parents, et de la conduite des enfants eux-mêmes. Aussi la loi spécifie que le tribunal « peut désigner, en qualité de délégué, un certain nombre de personnes de l'un ou de l'autre sexe, chargées, sous sa direction, d'assurer et de contrôler la mise en liberté surveillée ». « Ces délégués sont choisis de préférence parmi les membres des sociétés de patronage, des comités de défense des enfants traduits en justice, des institutions charitables agréées par le tribunal ; ils peuvent être des particuliers, choisis directement par lui ».

Les délégués doivent visiter les mineurs en liberté surveillée aussi souvent que nécessaire, et ils sont astreints à fournir des rapports sur leur conduite, au Tribunal. En cas de mauvaise conduite, ou de surveillance difficile, le délégué peut demander au magistrat de faire naître un *incident à la liberté surveillée* qui fera à nouveau comparaître le sujet et amener à une nouvelle décision.

Nous le répétons, la liberté surveillée est une mesure très humaine et compréhensive. Du reste, elle est répandue actuellement, sous des formes un peu variables, dans l'Europe entière, et comme nous l'avons fait pour le Tribunal, nous allons rapidement étudier son fonctionnement dans quelques pays voisins, ou plus lointains.

C'est un Etat américain qui, le premier, a ouvert la voie, l'Etat du Massachusetts, en 1869 ; il a d'ailleurs été suivi par l'Etat de New-York en 1877, puis par les autres Puissances.

En Allemagne, les dispositions varient suivant chaque Etat, car, dès avant la loi impériale des Tribunaux pour enfants du 16 février 1923, fonctionnait déjà, dans chaque Etat, un *système de sursis à l'exécution de la peine*.

... Institution de période d'épreuve, accompagnée de surveillance.

Le jeune délinquant est placé pendant trois à cinq ans, sous la tutelle de personnes appartenant en général à des sociétés de patronage ou à des organisations charitables. Les délégués de ces sociétés ont pour la plupart reçu une *instruction professionnelle* et touchent un traitement, soit de l'Etat, soit de la municipalité où siège le Tribunal qui les a désignés. Il y a, en outre, des surveillants bénévoles.

La mise en liberté surveillée, en Prusse et en Saxe, est d'ailleurs étendue aux personnes de 18 à 21 ans, qui ont été condamnées pour mendicité, vagabondage ou prostitution.

Aux Pays-Bas, la loi de novembre 1922 « met à l'épreuve » les délinquants mineurs de 18 ans. Ceux qui bénéficient de cette mesure continuent à vivre dans leur propre foyer, mais sont placés sous la surveillance d'une personne désignée. Ils peuvent également être confiés à des sociétés de patronage autorisées et subventionnées par l'Etat.

En U. R. S. S. les mineurs de 14 à 18 ans sont d'abord examinés par des commissions spéciales rattachées au commissariat de l'Instruction publique, et seules, en général, des mesures pédagogiques leur sont applicables.

Au cas où, après enquête sur les conditions d'existence des mineurs, par des enquêteurs spéciaux rattachés à ces commissions, l'infraction ne nécessite pas pour son auteur la peine de prison, le mineur sera mis en liberté conditionnelle et placé sous la surveillance de « tuteurs », sorte de fonctionnaires municipaux, ou de membres de sa famille.

A côté des « tuteurs » existent des « inspecteurs sociaux de l'enfance » dont le rôle principal est de veiller à l'*exécution des prescriptions concernant la protection de l'enfance* ; ils visitent les lieux de distraction, cafés, cinémas, théâtres. Ils surveillent les mendiants, les prostituées, et essayent d'empêcher l'exploitation et le mauvais traitement des mineurs.

En Suède : La loi du 28 juin 1928 est applicable aux délinquants majeurs et mineurs, à condition qu'ils soient des délinquants primaires. Période d'épreuve variant entre six mois et trois ans, sous la surveillance d'un « probation officier » (terme britannique).

Le sujet doit obéir :

à certaines *conditions générales* imposées par le tribunal ;

mener une vie honnête et laborieuse, éviter les mauvaises fréquentations, réparer le dommage causé :

à des *conditions spéciales* imposées par le délégué.

Les délégués sont bénévoles, individuels ou rattachés à des sociétés de patronage officielles.

Le tribunal peut :

— soit faire cesser la surveillance si, au bout de six mois, le délinquant a eu une conduite telle qu'il est à présumer qu'il finira par s'amender ;

— soit transformer la période d'épreuve en une peine plus sévère.

D'après une statistique officielle, depuis le fonctionnement de ce système en Suède, 4 o/o seulement des individus ainsi mis en liberté ont récidivé (2).

Ainsi, on le voit, ce régime de la liberté surveillée est appliqué d'une manière très générale, et il semble qu'il ait partout le *même défaut*, qui serait que l'on en abuse.

Si l'usage en était fait à bon escient, ce système pourrait, certes, devenir un excellent moyen pénal de faire diminuer la délinquance juvénile.

Outre cet abus qui en est fait, le système de la liberté surveillée n'est compatible qu'avec un personnel de premier ordre ; les délégués devant constituer une élite morale désintéressée. Nous tacherons, dans notre prochain chapitre, d'en proposer les moyens. Enfin, les causes d'insuccès proviennent, trop souvent, du fait qu'il a été impossible de soustraire le délinquant aux influences du milieu dans lequel il est accoutumé de vivre, et surtout qu'il n'a pu être suivi médico-psychologiquement.

Le cas est évidemment un peu différent lorsqu'il s'agit d'enfants confiés, en liberté surveillée, à des patronages ou des internats publics et privés (1), où la surveillance peut être établie plus facilement, et nous pensons en particulier au « Patronage de l'enfance et de l'adolescence », établissement officiel sous la direction du docteur Heuyer, et dont les observations publiées plus haut montrent le beau travail médical.

Cependant, les résultats ne sont pas très différents ; on peut le dire en voyant les chiffres, franchement mauvais, que nous apportons ici :

(1) Voir la liste de ces établissements à la fin de notre Bibliographie.

Pendant l'année 1921, sur une série prise au hasard de 64 enfants rendus à leur famille, 42 ont été ensuite envoyés en colonie pénitentiaire.

Durant cette même année, le Tribunal a confié aux divers patronages 115 mineurs en liberté surveillée. Dix seulement de ces enfants n'avaient pas encore repassé devant le Tribunal avant la fin de l'année.

Ces chiffres, dans leur simplicité, donnent une idée exacte de l'usage absolument immodéré que l'on fait de mesures qui devraient être efficaces.

Du reste, voici d'autres chiffres, plus rébarbatifs mais ayant une valeur de statistiques étendues sur plusieurs années.

Le Tribunal pour enfants de la Seine a eu à juger, en 1921, 2.416 affaires, classées sous 27 rubriques différentes de délits (vol : 59%). Si l'on en enlève 95 cas de mineurs de 13 ans, cela donne 2.321 cas. Sept ans après, en 1928, le même Tribunal a eu à statuer sur le compte de 1.943 enfants ; en 1929, il s'agissait de 1.879 mineurs, et en 1930, 1914, ce qui donne donc, en neuf ans de fonctionnement, une différence réellement minime de 407 cas.

La différence est plus élevée pour l'année suivante (1931) où le nombre des délinquants jugés fut de 1.606, différence : 705.

Examinons le détail des jugements pour 1921 et 1931 : laissons de côté tout ce qui est acquittement pur et simple, et condamnations pour avoir agi avec discernement (515 en 1921 contre 111 en 1931). Voyons plutôt les cas où il a été reconnu qu'il n'y avait pas de discernement :

	1921	1931
Rendus à la famille sans liberté surveillée.	279	153
En liberté surveillée	257	476
Patronages et internats	545	651
Colonie pénitentiaire	479	165

L'amélioration pour cette dernière rubrique paraît énorme, mais ces 479 cas de 1921 comprennent *tous* les envois en colonie, alors qu'aux 165 cas de 1931, il convient d'ajouter qu'il y eut secondairement 327 envois, après incident à la liberté surveillée, ce qui donne 492 cas en tout.

Il y eut, en effet, en 1931, 856 incidents à la liberté surveillée sur 1143 cas.

En 1929, le total de ces incidents atteignait le chiffre énorme de 1006 cas sur 1879 affaires en tout.

Comment pourrait-il, du reste, en être autrement ?

Il est intéressant enfin, pour se faire une idée générale de l'action que peut avoir eue la loi de 1912 sur la délinquance juvénile de présenter des statistiques comparées : l'une portant sur la période qui a précédé l'application de la loi, l'autre sur des années écoulées 10 ans après cette application : la première prise dans l'espace 1909-13 ; la seconde dans la période 1921-25.

	1909 à 1913	1921 à 1925
Impliqués	20.594	18.418
Jugés	13.430	13.962
<i>Nature du jugement.</i>		
Acquittés	735 (5,5 %)	845 (6 %)
Non discernement :		
Remis aux parents	3.718 (27,7 %)	4.636 (33 %)
Confiés à une personne ou une ins- titution	479 (3,5 %)	1 881 (13,5 %)
Assistance publique.	607	135
Colonie pénitentiaire.	1.748 (13 %)	1.098 (8 %).

Ainsi, en dix ans de fonctionnement, une loi juste et consciencieusement étudiée a fait baisser la délinquance juvénile dans des proportions insignifiantes (1/10 environ).

La cause de ce fait, nous l'avons déjà dite : il faut la chercher dans les chiffres ci-dessus ; un principe n'est bon que lorsqu'il est appliqué dans les cas où il convient, et l'on a abusé de l'esprit de la loi ; encore une fois, on rend beaucoup trop aux familles, on confie trop souvent à des patronages (en tout 6515 contre 5179) où la rééducation nécessaire ne peut souvent être faite, et la diminution des envois en colonie pénitentiaire est fatalement comblée dans la suite, grâce aux incidents à la liberté surveillée. La cause profonde est finalement que l'on n'a donné aux juges que l'instrument, sans leur fournir les moyens de s'en servir.

Comment faut-il donc envisager la question ?

Comment la résoudra-t-on ?

CHAPITRE VI

Mesures proposées.

André Collin, dans l'avant-propos de son *Traité de médecine légale infantile*, s'exprime ainsi : « ... Nous espérons pouvoir démontrer que l'examen médical de tous ces enfants qui se mettent en lutte avec les règles sociales est indispensable; le nombre de ceux d'entre eux qui sont atteints d'une anomalie psychique est dans la proportion de 70 o/o ». Et à ce taux énorme, il convient d'ajouter, dit-il, les délinquants sociaux, constitutionnellement normaux, pervers secondairement.

Il n'était pas inutile, au début de ce chapitre, de réaffirmer ces faits, et de donner à nouveau une proportion, qui est aussi la nôtre.

Bien des améliorations, basées sur d'excellents principes sociaux, ont été apportées, certes, depuis que les lignes de Collin ont été écrites; mais elles restent sans portée pratique réelle, à nos yeux, car dans le dilemme « tout ou rien », nous avons pris parti pour le « tout ».

Ce travail a été volontairement divisé en deux parties bien tranchées, paraissant presque n'avoir aucun rapport entre elles : *partie médicale*, d'un côté; *partie juridique*, de l'autre.

Les *enfants délinquants*, d'une part, et leur psychologie; les *solutions adoptées* à leur égard par la justice, d'autre part, division aussi nette, adoptée afin que le rapport de l'une à l'autre partie puisse être fait sans équivoque, et que la comparaison montre bien que le but est loin d'être atteint encore.

La réflexion, logiquement conduite, le fait admettre; les statistiques comparatives le prouvent.

Nous l'avons dit, la solution idéale ne peut être que médicale — ou plutôt *médico psychologique* — et absolue.

Nous en avons donné des aperçus. Nous sommes cependant restés jusqu'à présent, dans le vague; voici des vœux plus précis.

1° En ce domaine de la délinquance juvénile, la « séparation des pouvoirs » ne peut rester entière ; la séparation absolue des attributions est une erreur.

Une collaboration intime est indispensable entre le médecin *qui juge*, et dont le jugement est d'une capitale importance, et le magistrat *qui décide souverainement*.

Aussi proposons-nous la création d'un corps de fonctionnaires, *spécialement rattachés au Tribunal pour enfants et adolescents*, et dont la formation serait triple : *médicale, juridique, pédagogique*.

Il s'agirait d'individus ayant fait des études médicales complètes, de préférence orientées vers la psychiatrie, et qui, augmentant leur scolarité d'un an, apprendraient à fond tout ce qui a trait, juridiquement, au délit du mineur, et acquerraient, en cette même année, les notions pédagogiques indispensables.

Connaissant bien les lois pénales appliquées aux enfants délinquants, et leurs possibilités, ayant appris, par sa présence aux audiences la pratique du Tribunal, sachant exactement ce qu'est un enfant et les procédés de mesure de ses diverses capacités, possédant enfin une solide formation médico-psychologique, c'est ainsi que nous concevons, dans ses grandes lignes, l'être qui mérite de se voir confier l'avenir d'enfants momentanément « détournés » et qu'il ne faut pas se résigner à perdre.

Il existe déjà, à la Faculté de Médecine, des diplômes de spécialistes (radiologie, hygiène, médecine légale) que l'on obtient en une sixième année d'études ; sans en créer un nouveau, on pourrait inclure celui que nous souhaitons dans le cadre médico-légal.

Mais nous ne voulons pas insister sur les détails des réalisations, désirant seulement faire un jour admettre le principe d'un médecin légiste spécialisé dans la question du délit des mineurs.

Et voici comment nous concevons le rôle de ce corps spécial : il serait d'abord chargé de l'examen médico-psychologique de *tous les prévenus*, qu'ils soient libres ou en détention provisoire, examen à pratiquer, donc, soit dans la propre famille de l'enfant, soit dans le patronage auquel il aura été confié, soit à Fresnes, en attendant la *création d'un service médico-psychologique près du Tribunal*... examen qui devra être complet et demandera donc un temps variable suivant le sujet, et que le *tribunal devra lui accorder* ; chacun de ces

médecins serait assisté de deux à trois enquêteuses sociales appartenant aux diverses associations signalées, et dont le rôle serait le même qu'à l'heure actuelle : mettre au point un dossier social aussi exact que possible, et détaillé. L'enfant ne comparaitrait en justice qu'une fois les deux dossiers absolument complets, et sous les yeux des juges ; et qu'après *entretien consciencieux* du magistrat et du médecin spécial, fixant, sauf incident d'audience, les mesures à prendre.

D'ailleurs, et *point important*, le médecin qui aurait suivi l'affaire à tous les points de vue jusqu'à ce moment, *assisterait à l'audience*, donnant à chaque instant son avis autorisé et influant grandement sur le jugement ; il s'agirait en effet d'un *fonctionnaire assermenté*. Ce n'est que de la sorte que peut être réalisée cette collaboration médico-judiciaire, absolument indispensable. Le rôle d'une telle fonction ne serait pas terminé là ; il faut suivre l'enfant après le jugement, quelle qu'en soit la direction.

Dans le cas de la *liberté surveillée* dans la famille, le médecin spécial contrôlerait les rapports des délégués, s'assurerait que les conditions sociales ne deviennent pas nocives pour le sujet, examinerait l'enfant à nouveau, s'il y a demande d'amendement à la liberté surveillée, et *s'entreprendrait* avec le juge avant que celui-ci décide s'il y a lieu d'y donner suite.

Pour ce qui est des patronages suivis médicalement, les attributions ne s'étendraient qu'à ce dernier cas.

Enfin, il recevrait régulièrement des rapports au sujet des enfants détenus ou envoyés en colonie.

Bien entendu, un seul médecin ne suffirait pas à la tâche, mais on pourrait en adjoindre un au cabinet de chacun des juges, ce qui donnerait un nombre de trois ou quatre.

Mais, jusqu'à présent, nous n'avons pas parlé de prophylaxie véritable. Pour que ce corps de médecins fonctionnaires puisse la réaliser dans le domaine du délit infantile, il faut étendre ses attributions plus loin encore.

C'est pourquoi nous attendons si impatiemment l'organisation du service médico-psychologique près du Tribunal, car nous concevons fort bien de véritables « consultations du pré-délit » données gratuitement, un ou deux jours de la semaine, par nos médecins spéciaux ; c'est à eux que l'on amènerait les enfants « difficiles, nerveux, irritables », ceux dont la conduite et le caractère donnent de l'inquiétude, ceux pour lesquels on craint et on ne sait que faire... c'est à eux encore que le juge enverrait d'abord les enfants, pour lesquels il y a demande de

correction paternelle. Ils verraient ainsi de nombreux enfants instables, pressentiraient souvent, chez tel ou tel, le délit dans sa latence, et pourraient faire prendre les mesures nécessaires (traitements médicamenteux, conseils, orientation professionnelle, etc... envoi à des consultations médico-psychologiques organisées et disposant de moyens de placement), et surtout envoi à un *établissement officiel de prophylaxie du crime* sans lequel la création que nous venons de proposer resterait vaine.

Pour résoudre donc, la prophylaxie du délit chez l'enfant, nous faisons appel à une collaboration médico-judiciaire absolue, en demandant la création non pas d'un corps mixte, mais celle de fonctionnaires assermentés, affectés au Tribunal pour enfants, restant avant tout des médecins, des psychologues et des pédagogues et faisant profiter de leur triple expérience chaque enfant et la Société.

2° Notre second vœu est connu ; il est encore plus précis, et il est capital, car sans sa réalisation, le précédent est inutile.

En effet, notre raisonnement reste le même ; pourquoi le délit du mineur ne diminue-t-il pas, malgré des lois améliorées ?

— Parce qu'on remet trop souvent l'enfant dans un milieu qui lui est néfaste, et qu'on ne le soigne pas.

Pourquoi abuse-t-on de cette mesure ?

— Parce que les avis médicaux ne sont pas toujours écoutés.

Pourquoi le juge ne les écoute-t-il pas ?

— Parce qu'il n'en a pas les moyens matériels ; le placement étant impossible, par manque de place.

Puisque donc la place manque, puisque les pensionnats, internats, patronages, privés ou contrôlés, ne sont pas encore assez nombreux, nous estimons qu'il est du devoir de l'État de créer des établissements officiels, spécialisés pour les enfants instables, offrant les garanties médicales et pédagogiques nécessaires, et telles que celles offertes par l'Assistance Publique pour ses services hospitaliers.

Nous concevons des établissements de ce genre, organisés sur deux types : celui de la maison de la *prophylaxie du délit*, pour les enfants instables, troublés caractériellement, avant toute réaction anti sociale ; celui de la *prophylaxie de la récidive*, pour les mineurs ayant comparu en justice. Les textes législatifs parlent à différentes reprises de la création d'une telle organisation, la réalisation n'a pas suivi.

Il est admis que les débiles sont envoyés dans des maisons de perfectionnement ; pourquoi ne pas admettre officiellement que des maisons de rééducation sont nécessaires pour les enfants instables, maisons sur les méthodes psychologiques desquelles, d'autres, plus qualifiés que nous, auront la parole au moment voulu, mais que nous concevons fort bien sur le modèle de l'école Théophile-Roussel de Montesson :

— séparation par niveau mental et pédagogie dans les cadres ainsi créés ;

— travail manuel professionnel ;

— discipline sans férule et surtout mesures *individuelles* de réadaptation, selon l'élément constitutionnel dominant. Une limite très nette devant être marquée entre les instables corrigibles et les pervers instinctifs, faisant le mal pour le mal, chez lesquels aucune « épine irritative » n'est trouvée, qu'il n'y a aucune chance d'amender et beaucoup d'intérêt à isoler.

Ainsi, écoles de perfectionnement pour les débiles. maisons de rééducation pour les instables. à l'intérieur desquelles seraient créés des quartiers spéciaux. dits de sûreté d'abord. et de rééducation ensuite, pour les pervers.

Tel est le vœu que nous faisons et que nous appuyons de toute notre insistance ?

Puisse-t-il être répété !

Puisse-t-il être écouté un jour !

CONCLUSIONS

Nos conclusions seront brèves !

Un fait est là : les lois concernant les mineurs délinquants se sont socialement et humainement améliorées ; et la diminution de la délinquance juvénile est loin de s'être accomplie dans la proportion de cette amélioration.

Nous en avons donné les raisons. Nous avons essayé de proposer des mesures nouvelles.

Le principe de ces mesures est le suivant : il y a longtemps que l'on est entré dans l'ère philanthropique de la répression du délit infantile ; les résultats sont insuffisants.

Qu'attend-on pour rentrer dans l'ère médicale et psychologique absolue ? et pour appuyer cette orientation nouvelle sur des organisations neuves ?

Deux Etats se sont préoccupé véritablement de faire de la prophylaxie, en prenant à leur charge et à leur soins, les enfants presque dès leur naissance et en les orientant suivant leur nature : l'Etat Spartiate autrefois ; les Soviets aujourd'hui.

Il est difficile de juger les résultats d'autrefois ; encore plus de faire un pronostic sur ce que donneront les nouvelles générations russes.

Telle est la raison unique, pour laquelle nous nous garderions de proposer des mesures aussi énergiques — et tentantes dans leur énergie ! Nous nous sommes bornés à des vœux que nous jugeons modestes et immédiats. On ne pourra pas cependant en rester là ! il faudra multiplier les moyens de dépistage précoce et de prophylaxie, dont les consultations infantiles obligatoires, la création de cette fameuse fiche scolaire médico-psychologique, des organisations étendues de puériculture, des consultations pré-natales que l'on devra imposer, ainsi que le certificat pré-nuptial — toutes ces mesures ne constituant que l'aube du jour où l'on pourra enfin réfréner et contrôler, suivant les principes eugéniques, la procréation inconsciente.

Pour le moment, utilisons au mieux les résultats de cette

procréation, évitons par des moyens véritablement prophylactiques le futur déchet humain qui va constituer, toujours grossissant, ce que l'on a coutume d'appeler l'enfance anormale !

Empêchons surtout que cette enfance ne devienne l'enfance du crime !

Pour cela, nous faisons appel aux médecins, aux juges, aux Pouvoirs publics !

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD

Vu : *Le Président de Thèse,*
Henri CLAUDE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Université,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMSON (M^{lle}). — L'examen médico-pédagogique de l'enfant. *Journal médical français*, n° 6, juin 1929.
- BELEY (A.). — Constance de la notion de constitution et du syndrome instabilité chez l'enfant psychiquement anormal. *Annales médico-psychologiques*, mars 1933.
- BELEY (J.). — Le « Probation System » (Système d'épreuve). *Thèse de droit*, Paris, 1929.
- BOREL et ROBIN. — Les rêveries morbides. *Annales médico-psychologiques*, mars 1924.
- BOVET (P.). — *Journal de Psychologie*, 1926, n° 13.
- CASTAIGNE. — Chronique. *Journal médical français*, n° 6, juin 1929.
- CLAUDE (H.). — Constitution schizoïde. *L'Encéphale*, avril 1924.
- CLAUDE (H.). — Démence précoce, schizophrénie et schizomanie. *L'Encéphale*, mars 1924.
- CLAUDE (H.), BOREL et ROBIN. — Aspect schizoïde. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1923.
- CLAUDE (H.) et ROBIN. — Syndrome mental post-encéphalitique de l'enfant et notion de dégénérescence mentale. *Annales médico-psychologiques*, mai 1924.
- CHARPENTIER (R.). — De l'idée de dégénérescence à la doctrine des constitutions. *Journal de neurologie et de psychiatrie*, n° 3, mars 1932.
- CODET. — Constitutions, mentalités et tempéraments psychiques. *Évolution psychiatrique*, novembre 1932.
- COLLIN (André). — Traité de médecine légale infantile.
- DELMAS et BOLL. — La personnalité humaine.
- DELPORT (M^{lle}). — Des altérations du caractère chez l'enfant. *Thèse*, Paris, 1901.
- DUPRÉ. — Déséquilibres constitutionnels du système nerveux.
- FRIBOURG-BLANC. — Réactions sociales au cours de l'encéphalite épidémique. *Congrès de médecine légale*, 1928.
- GILBERT-ROBIN. — L'enfant sans défauts.

- GILBERT-ROBIN. — Haines familiales en pathologie mentale. *Annales médico-psychologiques*, avril 1926.
- GÉNIL-PERRIN. — Les paranoïaques.
- HEUYER. — Enfants anormaux et délinquants juvéniles. *Thèse*, Paris 1914.
- HEUYER et SERIN (M^{lle}). — La délinquance infantile et juvénile. *Journal médical français*, n° 6, juin 1928.
- HEUYER et GOURIOU : Les troubles du caractère dans la psychiatrie infantile scolaire. *Journal médical français*, n° 6, juin 1929.
- HEUYER. — Voies d'entrée dans la démence précoce. *Annales médico-psychologiques*.
- HEUYER. — Troubles du caractère chez l'enfant. *Journal de médecine*, 10 février 1922.
- LHERMITTE. — Forme prolongée de l'encéphalite épidémique. *Journal médical français*, avril 1924.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *Journal de Psychologie*, juillet-août 1907.
- MAURICE. — Les fugues chez les enfants. *Thèse*, Paris, 1899.
- MINKOWSKI. — Notion de constitution, sa valeur théorique et pratique. *L'Evolution psychiatrique*, novembre 1932.
- MINKOWSKI. — La schizophrénie.
- MINKOWSKI. — Genèse de la notion de schizophrénie. *Annales médico-psychologiques*, mai 1924.
- MINKOWSKA (M^{me}). — Troubles essentiels de la schizophrénie. *L'Evolution psychiatrique*, 1925.
- MONTASSUT. — Constitution paranoïaque.
- NÉRON. — L'enfant vagabond. *Thèse*, Paris, 1928.
- OWINGS (Miss). — Le tribunal pour enfants.
- PAUL-BONCOUR. — Des mesures à prendre à l'égard des enfants délinquants mentalement anormaux. *L'Enfance anormale*, octobre 1912.
- PAUL-BONCOUR. — Introduction à l'étude de la jeunesse, mentalement anormale. *Journal médical français*, n° 6, juin 1929.
- REBIERRE. — Le timide délinquant. *Thèse*, Paris.
- REVON (M^{lle}). — Les états cyclothymiques chez l'enfant. *Thèse*, Paris, 1921.
- RÉGIS. — Esquisse générale de l'assistance éducative des anormaux psychiques. *Enfance anormale*, octobre 1912.
- ROUBINOVITCH. — Examen médico-psychologique des mineurs délinquants du département de la Seine en 1927-1928. *Annales de médecine légale*, novembre 1928.

- SCHUTZENBERGER. — Le vol chez l'enfant. *Thèse*, Paris, 1921.
WALLON. — L'enfant turbulent.
WALLON. — Les instables. *Annales de l'enfance*, novembre 1926.
WIZEL. — Formes frustes de la schizophrénie. *Annales médico-psychologiques*, mai 1926.

DOCUMENTS :

- SOCIÉTÉ DES NATIONS (Comité de la protection de l'enfance).
Organisation des tribunaux pour enfants et les expériences
faites jusqu'à ce jour, 1931.
- FONCTIONNEMENT DU TRIBUNAL POUR ENFANTS (Seine),
pour 1931.
- DOCUMENTS fournis par le Service social de l'enfance en danger
moral.
- DOCUMENTS fournis par l'École Théophile-Roussel (de Montes-
son).

LISTE DES PRINCIPAUX ETABLISSEMENTS DE PATRONAGE

- Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence (Paris).
Patronage des Jeunes Garçons en danger moral.
Patronage des Jeunes Détenus (Antony, Seine).
Patronage de Protection de la Jeunesse féminine (Œuvre libératrice).
École Théophile-Roussel (Montesson, Seine-et-Oise).
Société paternelle de Mettray (Indre-et-Loire).
Institut médico-pédagogique (Hœrdt, Bas-Rhin).
École de Réforme Saint-Joseph (Frasnes-le-Château, Haute-Saône).
Asile de Sainte-Odile (Bavilliers, Territoire de Belfort).
Le Bon Pasteur (Maisons à Conflans, Sens, Reims, Angers, Bourges,
Poitiers, Saint-Hilaire, Saint-Florent).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE du Dr Georges HEUYER	vii
AVANT-PROPOS.	i
INTRODUCTION.	7
CHAPITRE I. — Le futur délinquant : l'enfant instable.	9
1° Définitions. Causes et conditions. Présentations.	9
2° Essai de tableau synthétique.	14
CHAPITRE II. — Dissociation de l'instabilité	18
1° Elimination des déments et futurs déments et des débiles.	19
2° Dissociation proprement dite.	23
Constitution émotive.	27
Constitution schizone.	28
Constitution paranoïaque.	33
Constitution cyclothymique.	42
Constitution perverse.	44
CHAPITRE III. — Les délits.	48
CHAPITRE IV. — Organisation préventive.	58
CHAPITRE V. — Après l'acte anti-social.	67
Prévention.	69
Jugement.	73
Liberté surveillée	79
CHAPITRE VI. — Mesures proposées.	85
CONCLUSIONS.	91
BIBLIOGRAPHIE.	93

